

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie



Bakalářská práce

Anna Dražilová

Ortorexie nervosa

Orthorexia nervosa

Praha 2018

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šporclová, Ph.D.

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D. za cenné připomínky, konstruktivní, avšak zároveň milou zpětnou vazbu a za laskavé vedení práce obecně.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Kozojedech dne 24. 4. 2018

.....

Anna Dražilová

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá relativně novou poruchou s názvem ortorexie nervosa. V teoretické části je proto nejprve samotný termín vysvětlen. Následně jsou představena existující diagnostická kritéria a zvláštní pozornost je věnována rizikovým faktorům ovlivňujícím rozvoj ortorexie a představení skupin ohrožených jejím rozvojem. Dále je v práci odlišen zdravý životní styl od ortorexie ve smyslu patologie. Stěžejní část práce tvoří kapitoly, v nichž je ortorexie srovnávána se závislostním chováním, obsedantně – kompulzivní poruchou a poruchami příjmu potravy. V návaznosti na poznatky z předchozích kapitol jsou v práci představeny i metody používané k léčbě ortorexie.

Ve druhé části bakalářské práce je představen návrh kvantitativního výzkumu, který by byl proveden na vysokoškolských studentech, u nichž byla diagnostikována obsedantně – kompulzivní porucha. Design výzkumu je koncipován jako korelační studie a jeho cílem je zjistit, zda existuje vztah mezi ortorexií a obsedantně – kompulzivní poruchou.

Klíčová slova:

Ortorexie nervosa, posedlost zdravým stravováním, obsedantně – kompulzivní porucha, poruchy příjmu potravy, závislostní chování

Abstract:

The bachelor thesis is focusing on a relatively new disorder called orthorexia nervosa and that is why the term orthorexia nervosa is defined at the beginning of the theoretical section. Afterwards the existing diagnostic criteria are presented and special attention is paid to the factors, that support the development of orthorexia. The thesis also lists the groups, which are at risk of developing orthorexia. Furthermore, its aim is to distinguish healthy lifestyle from orthorexia in terms of pathology. The main part of this thesis focuses on comparing orthorexia with addictive behaviour, obsessive – compulsive disorder and with eating disorders. Following the findings of the previous chapters, the thesis presents methods used to treat orthorexia.

The second part presents a proposal of a quantitative research project which would be carried out on university students diagnosed with obsessive – compulsive disorder. The design of this research is conceived as a correlation study and its aim is to find out whether there is a relationship between orthorexia and obsessive – compulsive disorder.

Keywords:

Orthorexia nervosa, obsession with healthy eating, obsessive – compulsive disorder, eating disorders, addictive behavior

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
Literárně přehledová část	11
1. Fenomén zvaný ortorexie nervosa	11
1.1 Diagnostické nástroje	12
1.2 Rizikové faktory vzniku ortorexie	13
1.3 Rizikové skupiny	16
2. Ortorexie nervosa vs. zdravý životní styl	19
3. Ortorexie nervosa jako forma závislostního chování	21
4. Srovnání ortorexie nervosy s obsedantně – kompulzivní poruchou	22
5. Srovnání ortorexie nervosy s poruchami příjmu potravy	25
6. Společné projevy ortorexie, obsedantně – kompulzivní poruchy a poruch příjmu potravy	28
7. Možnosti léčby ortorexie	30
Empirická část	32
8. Návrh výzkumného projektu	32
8.1 Cíle výzkumného projektu	32
8.2 Design výzkumného projektu	32
8.3 Výzkumný soubor	33
8.4 Výzkumné metody	33
8.4.1 ORTO – 15	34

8.4.2 Obsessive - Compulsive Inventory	35
8.5 Procedura	36
8.6 Způsob zpracování dat	36
8.7 Etika navrhovaného výzumu	37
9. Diskuse	38
Závěr	41
Seznam použité literatury	43
Seznam příloh	I

Seznam použitých zkratek

APA	American Psychological Association
KBT	Kognitivně – behaviorální terapie
DSM – V	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
OCD	Obsessive – Compulsive Disorder
OCI	Obsessive – Compulsive Inventory
ON	Ortorexie nervosa
PPP	Poruchy příjmu potravy

Úvod

Moderní doba s sebou přináší mnoho proměn společnosti včetně proměn životního stylu jejích členů, mezi něž patří i zásadní změny ve stravovacích návycích zejména západní populace a s nimi související vznik mnoha alternativních forem stravování. Na trhu se vytvořila takzvaná alternativní jídelní síť, jejíž členové se zajímají o původ a kvalitu potravin, které konzumují (Barnett, Dripps, & Blomquist, 2016). Účelem této sítě je zajistit spotřebitelům dostupnost organických a tím i zdravějších potravin. Jaké potraviny a v jakém množství je vhodné konzumovat si lidé zjišťují v médiích, nutričních tabulkách či se obrací na odborníky (Rangel, Dukeshire, & MacDonald, 2012).

V přehnané míře se i jinak chvályhodná záliba ve zdravém a správném stravování může stát patologickou. V takovém případě lidé na základě svých přesvědčení vyřazují ze svého jídelníčku celé skupiny potravin, což může vést až k újmě na zdraví. Výběr, příprava a konzumace jídla se stávají hlavní náplní života jedince a postupně všechny ostatní sféry odsouvají do pozadí. Mluvíme zde o fenoménu, jenž se odborně nazývá ortorexie nervosa a jemuž bude věnována bakalářská práce. Tato problematika je dnes velice aktuální, avšak vzhledem k tomu, že se jedná o relativně novou poruchu, se s tímto pojmem mnoho lidí doposud nesetkalo. Cílem bakalářské práce je tedy představit ortorexiu nervosu jako diagnózu a pojednat o možnostech jejího zařazení do systému psychických poruch.

V první kapitole se seznámíme se samotným fenoménem ortorexie a pokusíme se vymezit rizikové faktory jejího vzniku a taktéž skupiny ohrožené jejím rozvojem. V další části práce se budeme zabývat odlišením ortorexie nervosy ve smyslu patologie od zdravého životního stylu. Následující a zároveň nejdůležitější kapitoly se věnují vztahu ortorexie s dalšími poruchami. Nejprve se podíváme na projevy závislostního chování u ortorexie, načež se budeme věnovat vztahu ortorexie nervosy a obsedantně – kompulzivní poruchy. V páté kapitole se zaměříme na souvislosti mezi ortorexií a poruchami příjmu potravy. Účelem šesté kapitoly bude zmapovat společné projevy ortorexie a všech zmíněných poruch. Společným cílem těchto kapitol je systematicky popsat dosavadní zjištění týkající se možného zařazení ortorexie do oficiálních diagnostických manuálů. V závěrečné kapitole literárně přehledové části se zaměříme na možnosti léčby ortorexie.

Praktickou část práce tvoří návrh kvantitativního výzkumu zabývajícího se existencí vztahu mezi ON a OCD. Tato část práce je zaměřena na populaci vysokoškolských studentů,

z nichž bude složen výzkumný vzorek. Důvodem volby vzorku univerzitních studentů je jejich zařazení mezi nejohroženější skupiny, co se týče rozvoje ortorexie nervosy.

V literárně přehledové části jsou uvedeny převážné poznatky ze zahraničních odborných studií zabývajících se ortorexií. Stejně jako pro valnou většinu výzkumných prací, byla i pro nás zásadním zdrojem informací kniha *Health Food Junkies* (Bratman & Knight, 2000), jejíž hlavní autor je zároveň autorem konceptu ortorexie. V práci je citováno dle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Fenomén zvaný ortorexie nervosa

Pojem ortorexie nervosa můžeme do češtiny volně přeložit jako posedlost zdravým stravováním. Název odvodil Steven Bratman, tedy autor celého konceptu, ze dvou řeckých slov. Konkrétně ze slov „orthos“ (= správný) a „orexis“ (= chuť k jídlu). Bratman s Knightem (2000) v knize *Health Food Junkies* definují ortorexiu jako fixaci na zdravém stravování a zdůrazňují její obsedantní charakter. V jejích nejtěžších stádiích se totiž jedinec nedokáže zabývat ničím jiným než jídlem.

Tato porucha byla poprvé definována před dvaceti lety, nicméně dodnes není zanesena v žádné z oficiálních klasifikací nemocí, jelikož stále neexistuje oficiální definice ani validizovaná diagnostická kritéria (Brytek – Matera, 2012). O sestavení komplexních diagnostických kritérií se pokoušeli Moroze, Dunn, Holland, Yager a Weintraub (2015). Dunn a Bratnam (2016) v následujícím roce publikují jimi upravená a zpřesněná kritéria vycházející z původního návrhu Moroze et al. (2015). Tuto upravenou verzi publikovali kvůli nedostatkům, které dle nich původní kritéria obsahovala. Hlavními nedostatky původní koncepce jsou absence adresování problému úbytku váhy a opomenutí existence více typů ortorektiků. Po přeložení do českého jazyka zní Dunnova a Bratmanova (2016) diagnostická kritéria následovně:

Kritérium A. Obsedantní soustředění na „zdravé“ stravování, definované dietní teorií či souborem přesvědčení, jejichž konkrétní detaily se mohou lišit; vyznačující se přehnaným emocionálním distresem ve vztahu k volbě potravin, jež jsou vnímány jako nezdravé; důsledkem volby potravin může být ztráta hmotnosti, která ale není primárním cílem. To potvrzuje i následující výčet příznaků:

1. Kompulzivní chování a/nebo znepokojení týkající se pozitivních a negativních dietních postupů, o nichž jedinec věří, že podporují optimální zdraví.
2. Porušení vlastních dietních pravidel způsobuje přehnaný strach z nemoci, pocit nečistoty a/nebo negativní fyzické prožitky, doprovázené prožitky úzkostí a studu.
3. Dietní omezení se postupně stupňují a mohou zahrnovat eliminaci celých skupin potravin a jsou postupně spojovány s častějším a/nebo přísnějším „pročišťováním“ (částečný půst), které je považováno za očištění nebo detoxikaci. Tato eskalace často

vede ke ztrátě hmotnosti, přičemž touha po ztrátě hmotnosti chybí, je skrytá či podřízená myšlenkám na zdravé jídlo.

Kritérium B. Kompulzivní chování a mentální zaujetí zdravou stravou mohou být negativně ovlivňovány a posilovány následujícími jevy:

1. Malnutricí, vážnou ztrátou hmotnosti nebo jinými zdravotními komplikacemi plynoucími z restriktivní diety.
 2. Intrapersonálním distresem nebo narušením sociálního, akademického nebo profesního fungování. Tyto aspekty života jsou druhotné k přesvědčením či chování týkajícím se zdravého stravování.
 3. Pozitivním obrazem těla, sebehodnocením a/nebo spokojeností nadměrně záviselými na dodržování jedincem definovaného zdravého stravovacího chování.
- (s. 16)

Barthelsová, Meyer a Pietrowsky (2015) za další důležitý symptom ortorexie pokládají tendenci postižených jedinců přeceňovat efektivitu jídelních opatření a nadhodnocovat benefity konzumovaných potravin. Stejně jako výše citovaní autoři i oni zdůrazňují negativní vliv ON na sociální sféru života. Tento vliv může být silný zejména u mladších dětí, o nichž rozhodují a jejichž jídlo vybírají rodiče ortorektici. Výrazné jídelní restrikce navíc nejsou pro rozvíjející se organismus vhodné.

Moroze et al. (2015) předpokládají, že pokud by byla ortorexie zařazena do stávajícího DSM – V, stala by se subtypem Vyhýbavé/Restriktivní poruchy příjmu potravy, nicméně jiní autoři (Gleaves, Graham, & Ambwani, 2013) ortorexiu řadí spíše k mentální anorexii či ji považují za subtyp obsedantně - kompulzivní poruchy, což prokazuje nezbytnost dalšího výzkumu ortorexie, aby bylo možné s jistotou říci, do jaké diagnostické kategorie a zda vůbec ortorexie nervosa mezi klinické poruchy patří.

1.1 Diagnostické nástroje

Výše zmíněné nejasnosti badatelům znesnadňují práci a ztěžují vytvoření univerzálního nástroje pro diagnostiku ON. Nejstarším nástrojem je Bratmanův sebesposuzovací desetipoložkový dotazník. Na každou z otázek je možné odpovědět ano či ne a jako hraniční skóre jsou určeny čtyři body, při jejichž dosažení má podle autora jedinec „problém“ a měl by vyhledat odbornou pomoc (Bratman & Knight, 2000). V současné době je na webových

stránkách Stevena Bratmana (2017) dostupný přepracovaný dotazník čítající šest otázek, na něž je opět možné odpovědět ano či ne.

Z Bratmanova původního dotazníku vychází dnes nejpoužívanější nástroj nazvaný ORTO- 15, jenž se snaží zachytit klinické, emoční i racionální aspekty ortorexie (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2004). Dotazník je však v posledních letech kritizován kvůli nejasné validitě a reliabilitě, čemuž se budeme více věnovat v kapitole představující návrh výzkumu.

Alternativní možností měření ortorexie je 21 položkový dotazník Eating Habits Questionnaire vytvořený Gleavesem et al. (2013) určený k zachycení chování, pocitů i kognice ortorektiků. Stejně jako ORTO – 15 má i tento nástroj tři subškály. Tyto subškály se nazývají škála znalostí o zdravém stravování, škála problémů spojených se zdravým stravováním a škála pozitivních prožitků spojených se zdravým stravováním.

Nejnovější metodou sloužící k měření ON je Düsseldorfská škála ortorexie, která byla vytvořena v roce 2015 pro německy mluvící populaci (Barthels et al., 2015). Jedná se o inventář složený z deseti výroků, které proband hodnotí na čtyřbodových škálách. Původní zpráva o vývoji testu není na internetu snadno dohledatelná a existuje pouze v německém jazyce. Nejpodrobnějším zdrojem informací o tomto nástroji je dizertační práce spoluautorky škály doktorky Barthelsové (2014), která je ovšem dostupná pouze v němčině. Standardizovaná anglická verze inventáře neexistuje, ale jeho anglický překlad je možné na internetu dohledat. Domníváme se, že právě nedostupnost původních zdrojů může být jedním z důvodů poměrně malého využití Düsseldorfské škály ortorexie.

1.2 Rizikové faktory vzniku ortorexie

Ortorexie nervosa v mnoha případech začíná nevinně, a to konkrétně započítím určité diety a akceptací jejích teoretických východisek. Přijetí principů vyhraněné diety samozřejmě nemusí vést ke vzniku ortorexie. Vědci nicméně opakovaně nalézají více symptomů ortorexie právě u jedinců se specifickou dietou a od ní se odvíjejícím životním stylem (Bratman & Knight, 2000; Missbach et al., 2015). Hlavním varovným signálem je postupné vyřazování potravin z jídelníčku, které bývá ospravedlňováno subjektivně pociťovanou intolerancí k vyloučeným potravinám (Missbach et al., 2015).

V následujících odstavcích budou stručně popsány diety, jejichž vyznávání nejčastěji přechází v ortorexiu nervosu. Přehled těchto „rizikových“ dietních teorií uvedli ve své knize

Bratman a Knight (2000). Jejich předpoklad je opakovaně potvrzován dalšími vědci, a proto považujeme za nutné tyto rizikové diety krátce představit.

Potravinové alergie

Na počátku této diety často opravdu stojí zdravotní problém či přímo intolerance k určité potravíně. Mezi nejhůře snášené potraviny můžeme zařadit například mléko, sóju nebo pšenici. Principem této diety je tedy vyřazení dráždivých potravin z jídelníčku. Tato metoda je velmi úspěšná například u některých chronických chorob, avšak v případě ortorexie dochází k postupnému vyřazování stále většího množství potravin. Nejtěžší formou této diety je jídelníček skládající se pouze z hnědé rýže a masa krocana, jejichž nutriční hodnoty jsou excelentní.

Syrová strava

V případě teorie syrové stravy se dostáváme až na pole zbožnosti, jelikož do ráje dle jejích vyznavačů dojdou jen lidé živící se pouze syrovým jídlem, protože jen to má v sobě životní energii. Hnací silou je v případě tzv. raw foodistů touha po lehkosti a návratu k přírodě. Zapovězenou potravinou je pro vyznavače této diety maso, protože právě to v sobě má energii smrti. Uživatelka petitbebe (2012) popisuje v diskusi nazvané *Vitariánství – syrová strava* svůj jídelníček jako složený z 95 % z ovoce a zeleniny, které konzumuje zejména ve formě smoothies. Podíl syrového ovoce se při těžších formách této diety zvyšuje a ovoce se často stává jedinou přijímanou potravinou. Extrémní formou této diety je dle Bratmana a Knighta (2000) tzv. breathariánství, jehož vyznavači žijí údajně pouze ze vzduchu.

Makrobiotika

Filosofický základ této diety vznikl v Asii a jeho principem je dosažení rovnováhy, kterou je možné zachovat pouze pokud jsou jídla požívána ve správném poměru. Nejzdravějším jídlem je dle této teorie hnědá rýže, a naopak zapovězená je veškerá syrová potrava. Dochází také k omezení příjmu tekutin a živočišných výrobků. Nezbytností je přirozenost stravování, a proto vyznavači makrobiotické diety jedí pouze lokální potraviny. Jedinci, kteří tuto dietu drží, jsou stejně jako ortorektici posedlí kontrolou nad svým životem, a proto je právě makrobiotické stravování označováno jako jedno z nejnebezpečnějších vzhledem k rozvoji ortorexie.

Zónová dieta

Základem zónové diety je omezení nebo úplné vynechání karbohydrátů. Tato dieta je nástupcem hypoglykemické teorie, jejímž předpokladem bylo vyřazení sladkého jídla

a požívání menších porcí potravy. Extrémní formou je tzv. paleo dieta složená z potravin, jimiž se živilí lidé v době kamenné. Skládá se tedy z ovoce, zeleniny a masa. Pro tuto dietu je typické měření a vážení přijímaných potravin, neboť přijímané jídlo musí být složeno ze 40 % sacharidů, 30 % bílkovin a 30 % tuků. Jennybee (2011) na webu www.fitday.com radí, že nejjednodušší cestou k dosažení této rovnováhy je metoda, při níž svůj talíř naplníte zhruba sto gramy proteinu, trochou tuku a zbylé místo na talíři vyplníte zeleninou. Lidé držící tuto dietu přijímají tedy poměrně velké porce jídla a neobjevují se u nich pocity hladu.

Candida

Hlavní myšlenkou této koncepce je fakt, že někteří jedinci mají ve svém těle nadměrné množství kvasinek, na jejichž přemnožení organismus reaguje alergiemi. Řešením je dodržování jídelníčku, z něhož jsou eliminovány sladké potraviny včetně ovoce či potraviny obsahující větší množství kvasnic.

Dieta dle krevní skupiny

Základní teze této teorie je založena na tom, že každá krevní skupina vznikla v jiném časovém období. Pro každé z těchto období byla obvyklá jiná strava a člověk by tedy měl požívat pouze ty potraviny, jež byly běžné v době, kdy se vyvinula jeho krevní skupina. Uživatelka LizR (2010) do diskuze k internetovému článku *Blood Type Diet Review: Does It Work?* napsala, že díky dodržování diety vhodné pro krevní skupinu 0 již nemá zažívací obtíže a byla schopná ubrat na váze. Obdobně ústup zdravotních obtíží zmiňovali i další diskutující, kteří patří k jiným krevním typům. Hlavním nedostatkem této koncepce je, že její vyznačitelé trvají na vyřazení veškerých pro daný typ nevhodných potravin i přesto, že tyto potraviny nejsou obvykle raženy mezi nezdravé potraviny a mohou dokonce patřit k jedincem preferované stravě.

Potravinové doplňky

Poslední z rizikových diet je paradoxně založena na opaku přirozeného. Jejím základem je totiž požívání potravinových doplňků a vitamínů. Tento druh diety je vnímán jako velmi pohodlný, jelikož není třeba vzdávat se jídla a polykání tablet je jednoduché. Bratman a Knight (2000) upozorňují na vizuální podobnost zázračných pilulek a drog, avšak podobnost jde dle autorů dál a stejně jako drogy, se mohou i doplňky stravy stát předmětem závislosti.

Donini, Marsili, Graziani, Imbiale a Canella (2005) doplňují seznam rizikových diet ještě o striktní vegetariánství, tedy způsob stravování, při němž lidé nejedí maso. Neméně často ortorexie vzniká u veganů, z jejichž jídelníčku jsou kromě masa vyřazeny veškeré živočišné

produkty. Barthelsová, Meyer a Pietrowsky (2018) zkoumali výskyt ortorexie u skupiny 251 veganů a vegetariánů, u nichž oproti kontrolní skupině našli výrazně vyšší tendence k ortorexii, které ovšem nemusí překonat hranici patologie. Z tohoto pohledu je zajímavé rozdělení veganů a vegetariánů na ty, kteří nekonzumují červené maso z etických důvodů a na ty, kteří ho nekonzumují, protože věří, že by mohlo poškodit jejich zdraví. V druhém případě je pak vyhýbání se červenému masu a dalším výrobkům považováno za významný rizikový faktor ortorexie.

Společným znakem představených koncepcí je také touha jejich následovníků po konzumaci „čistého“ jídla. Z jídelních stolů ortorektiků tedy mizí veškeré potraviny obsahující barviva, dochucovadla a konzervátory (Barthels et al., 2015). Ortorektici si přejí znát původ svého jídla, a proto raději zaplatí více za čerstvé produkty na tržištích či si některé potraviny sami vypěstují, aby měli jistotu, že jejich potrava skutečně neobsahuje chemické látky.

1.3 Rizikové skupiny

Identifikování rizikových skupin bylo a je jedním z hlavních cílů studií zkoumajících ortorexii nervosu. Brytek – Materová (2012) ve svém přehledu označuje jako nejohroženější skupiny populace adolescentů, dietologů, mediků, atletů a umělců. U zmíněných profesí můžeme identifikovat ještě nadřazenou rizikovou skupinu, kterou jsou vysokoškolští studenti (Missbach et al., 2015), a to zejména ti studující výše uvedené obory.

Mezi nejohroženější skupinu patří studenti, zejména pak studenti vysokoškolští, nicméně zvýšené tendence k ortorexii se objevují již od počátku adolescence, za jejíž začátek stejně jako Fraňková, Malichová a Pařízková (2014) považujeme patnáct let. Zrod ortorexie v adolescentním věku předpokládají i Donini et al. (2004), a proto při standardizaci dotazníku ORTO - 15 do výzkumného vzorku přijímali pouze osoby šestnáctileté či starší, jelikož ty už dle autorů samy rozhodují, z jakých potravin bude jejich jídelníček složen. V tuzemsku zkoumala výskyt ortorexie u populace studentů Kubíková (2013) v rámci své bakalářské práce. Konkrétně testovala 182 žáků gymnázií, jejichž věk se pohyboval v rozmezí sedmnácti až devatenácti let a u 42 z nich objevila náchylnost k rozvoji ON. Zde je třeba připomenout, že v mnoha zemích jsou již studenti v tomto věku na univerzitách, s čímž se často pojí jejich odchod z domova. Právě samostatné bydlení přináší mladým lidem další možnost upravit své stravování a přijmout alternativní dietu.

Bundrosová, Clifford, Sillimanová a Neyman Morrisová (2016) pokládají za důležité zmínit, že narušené jídelní chování, k němuž řadíme i ortorexiu, vzniklé v adolescenci má zejména u žen tendenci přetrvávat až do mladé dospělosti a časem zesílit. Fidan, Ertekin, Işıkay a Kirpınar (2010) naopak na vzorku studentů medicíny zjistili slábnutí ortorektických tendencí s přibývajícím věkem studentů. Korinthová, Schiessová a Westenhoefer (2009) vysvětlují tento jev na základě dat nasbíraných na vzorku studentů nutričních věd nejen přibývajícím věkem studentů, ale též nárůstem vědomostí týkajících se správného a vyváženého stravování. Autoři zdůrazňují, že mnoho nutričních studentů si volí tento obor, aby vyřešili osobní problémy se stravováním, nejčastěji s ortorexií či s přejídáním, avšak u většiny z nich se s postupem studia tyto nesnáze vyřeší a studenti dokáží na základě svých znalostí lépe kontrolovat své jídelní chování. K podobným výsledkům dochází i studie provedená na polských studentech výživového poradenství a fyzioterapie. Povědomí o zdravém stravování studentů obou oborů bylo nadstandardní, nicméně vyšší tendence k ortorexií na základě provedeného šetření vykazovali budoucí výživoví poradci. I u tohoto vzorku s postupem studia tendence k ortorexií klesají (Dittfeld et al., 2016).

I přes výrazné snížení tendencí k rozvoji ortorexie u mnoha jedinců vykonávajících výše zmíněné profese možnost rozvoje ortorexie přetrvává i po dokončení studia. Brytek – Materová, Donini, Krupaová, Poggiogalleová a Hayová (2015) na základě svého výzkumu mezi jedince ohrožené ortorexií kromě již uvedených nutričních poradců řadí i psychology, jelikož i oni musí mít rozsáhlé znalosti o zdraví a zdravém životním stylu. V případě ortorektiků v jejich řadách se však tyto znalosti a jejich aplikace do běžného života stávají obsesí. Malmbergová, Bremanderová, Olssonová a Bergman (2017) dodávají, že zvýšené ortorektické tendence má až polovina všech lidí, jejichž profese jsou zaměřené na optimalizaci zdraví druhých lidí. V tomto místě je příhodné zmínit, že mnoho odborníků o existenci ortorexie nervosy neví, a proto její příznaky nemohou rozpoznat u sebe ani u svých klientů. Barthelsová (2014) dokonce uvádí, že v průzkumu, jehož se účastnilo 215 německy mluvících psychoterapeutů, koncept ortorexie znalo pouhých 35 % z nich.

Další rizikovou skupinou jsou atleti, ale i sportovci obecně, u nichž vede zaujetí tělem a tělesným zdravím k započatí dietních opatření a v mnoha případech i ke vzniku ortorexie nervosy. Atleti pak pod vlivem rozvíjející se ortorexie začínají klást důraz spíše na rozlišení dobrého a špatného jídla než na strach z toho, že je budou ostatní vnímat jako tlusté (Segura – García et al., 2012). Zajímavým zjištěním je, že studenti oborů se sportovním zaměřením mají

sice vyšší tendenci k rozvoji ON, nicméně jejich obecné zdraví je vyšší než zdraví kontrolní skupiny (Malmberg et al., 2017).

Jako poslední z ohrožených skupin zmíníme skupinu matek, které se snaží pro sebe i své potomky vytvořit ten nejlepší možný jídelníček. Zejména matky mladších dětí pak mají jídelníček dětí pod kontrolou a snaží se z něj vyřadit všechny potraviny, jež pokládají za nevhodné nebo dokonce škodlivé (Rangel et al., 2012). Ortorektické matky přenášejí svá pravidla na děti, od nichž přísně vyžadují jejich dodržování. Na děti tedy mají nepřiměřené nároky, které se mohou projevit v podobě zvýšené úzkostnosti dětí (Fraňková et al., 2014). V Čechách se touto problematikou ve své bakalářské práci zabývala Nikodymová (2017), jež zkoumala konkrétně matky předškolních dětí. K měření ortorektických tendencí použila dotazník ORTO - 15 a při užití původní čtyřicetibodové hranice zjistila přítomnost ortorexie u 74, 5 % respondentek.

Jasně vymezení skupin ohrožených rozvojem ortorexie nervosy je klíčové pro vytvoření jednotné koncepce ortorexie, avšak následkem této snahy je, že zkoumání jsou podrobovány zejména skupiny, u nichž je náchylnost k ortorexií očekávána. Toto zaměření vede k absenci většího počtu studií zkoumajících prevalenci ON u běžné populace (Varga, Dukay – Szabó, Túry, & van Furth, 2013).

2. Ortorexie nervosa vs. zdravý životní styl

V dnešní uspěchané době mnoho lidí trpí nedostatkem času, a tak vše včetně stravování řeší „v poklusu“. V posledních desetiletích bylo založeno mnoho úspěšných fast foodových řetězců a průměrná hmotnost obyvatel zejména v západním světě stoupla. Časté požívání nezdravé stravy má neblahé důsledky na zdravotní stav populace, a proto jistě není překvapující, že mnoho lidí dnes hledá lepší, potažmo zdravější životní styl, jehož součástí je nepochybně i lepší a vyváženější způsob stravování.

Stejně jako při přijetí zdravého životního stylu a způsobu stravování i u ortorexie mnohdy bývá spouštěčem prostá touha překonat chronickou nemoc, zlepšit své zdraví nebo ubrat na váze. Na rozdíl od zastánců zdravého životního stylu mají ortorektici tendenci svou dietu časem činit přísnější. To častokrát vede k tomu, že ortorektici vynechávají mnoho skupin potravin a v extrémních případech požívají stále dokola pouze několik vybraných potravin, což ovšem většinou vede k malnutrici (Sanlier, Yassibas, Bilici, Sahin, & Celik, 2016), která však bývá ignorována. U osob s ON se totiž vytváří bludný kruh, na jehož počátku stojí neschopnost jedince uvědomit si negativní příznaky ortorexie. Negativní projevy bývají kompletně ignorovány nebo jsou dokonce považovány za projevy jiné nemoci, před kterou je nutné bránit se přijetím striktnějších stravovacích pravidel (Barthels et al., 2015).

Obdobně jako lidé žijící zdravým životním stylem mají i ortorektici tendenci o svém životním stylu hovořit s ostatními. V případě dodržování alternativních diet, jakými jsou například veganství, požívání syrové stravy či makrobiotická strava, musí jejich vyznavači před některými lidmi své jídelní volby obhajovat. V případě ortorektiků je obhajoba zvoleného způsobu života doplněna o prvek vychloubání se. Lidé mající ON jsou na své zdravé jídelní návyky velice hrdí a snaží se, aby „správný“ způsob života adoptovali i lidé v jejich okolí (Koven & Senbonmatsu, 2013).

Obě skupiny o svém stylu stravování rády mluví, ale i zde je možné spatřit mezi nimi odlišnost. Zatímco skupina vyznavačů zdravého životního stylu s podobně orientovanými jedinci navazuje a udržuje přátelské vztahy, ortorektikům na takové družení nezbývá čas. V tomto konkrétním případě pomyslnou hranici mezi zdravým životním stylem a ortorexií totiž tvoří množství času, jenž je jídlu věnován. Ortorektici tráví přemítáním o jídle, jeho přípravou či obstaráváním stále delší dobu a již jim nezbývá čas na udržování vztahů, a proto se často dostávají do sociální izolace (Brytek – Matera, 2012).

Je patrně normální, že lidé dodržující dietu cítí radost, zadostiučinění či jsou se sebou spokojeni, pokud dokáží svůj dietní plán naplnit. Za běžné můžeme považovat i pocity provinění, smutku či zklamání, jestliže dojde k narušení zdravého životního stylu, avšak i lidé žijící zdravě si občas dovolí zhřešit. To ale neplatí u ortorektiků, u nichž se s rozvojem ON zcela mění vnímání vlastní hodnoty, jež se stává závislou na dodržení pravidel stravování („Eating well vs. Eating right,“ 2016). Jedinec trpící ortorexií po porušení své diety pocítuje nejen výše zmíněné negativní prožitky, ale dochází u něj taktéž k poklesu vlastní hodnoty, jenž může být překonán jen zavedením přísnějších dietních opatření (Bratman & Knight, 2000).

Po zavedení přísnějšího režimu se ortorektikům navrácí ztracený pocit nadřazenosti a oni mohou opět po právu kritizovat hříšníky, kteří nejedí správně. Někteří jedinci dokonce hlásají, že lidé, kteří nežijí správně, si mohou za všechny své problémy včetně nemocí sami a považují je za slabé a v případě některých diet za „nižší“ bytosti. U některých typů ortorexie se totiž od zdravého životního stylu posouváme do sféry spirituality a duchovního naplnění, které ortorektikům „správné“ stravování nabízí (Varga, Thege, Dukay – Szabó, Túry, & van Furth, 2014).

Odlišnost můžeme vidět také v tom, že u jedinců s ortorexií nastávají změny v oblasti exekutivních funkcí. Kovenová a Senbonmatsuová (2013) objevují ve své studii u ortorektiků poruchy pracovní paměti. Veškerá mentální kapacita je dle autorek zaměřená na jídlo a na vykonávání ostatních úkonů již nezbyvá téměř žádný prostor. Autorky dále poukazují na ztrátu schopnosti řešit problémy flexibilně. Jedinci s ortorexií mají jasně nastavená pravidla, jejichž porušení se snaží vyhýbat. Dochází též k narušení pozornosti, což potvrzují Kovenová a Abryová (2015) v další studii, z jejíž výsledků vyplývá, že ortorektici jsou zaměřeni primárně do vlastního nitra a vnější svět vnímají v omezené míře.

Závěrem je třeba dodat, že ačkoliv se jedinci trpící ortorexií nervosou myšlenkami na jídlo a činnostmi spojenými s ním zabírají každý den celé hodiny, pozitivní prožitky jsou u nich spojeny převážně s dodržením pravidel stravování a tím i s podporou jejich zdraví. Ve většině případů se ovšem u ortorektiků vytrácí kulinářský prožitek (Rangel et al., 2012), tedy pozitivní pocity spojené s chutí jídla, které běžně vidíme i u vyznavačů zdravého životního stylu. Tyto prožitky se pro jedince s ortorexií stávají nedůležitými a jsou nahrazeny uspokojením z požívání správných potravin (Varga et al., 2013).

3. Ortorexie nervosa jako forma závislostního chování

Bratman a Knight (2000) ve své knize *Health food junkies* popisují cestu k ortorexii jako cestu, na jejímž začátku stojí chvályhodné zaujetí zdravým stravováním, které se postupem času mění na patologickou fixaci, z níž se v pokročilé fázi poruchy stává závislost. Ortorexie je tedy potvrzením toho, že v nezdravé míře se i z dobrých věcí mohou stát věci špatné. Stejně jako v případě závislostí, tak i v případě ortorexie hraje roli čas. S jeho postupem se závislost rozvíjí a příznaky se stávají viditelnějšími. U látkových závislostí potřebují lidé stále větší dávku a analogicky i ortorektik se nespokojí s jídelníčkem, který se mu zdál na počátku přijatelný. K uspokojení potřeb ortorektika je nezbytné vytvořit perfektní jídelníček, s čímž souvisí zmenšující se počet povolených potravin. Podobně jako u jiných závislostí i u ortorexie dochází k zúžení zájmů a jediným zdrojem uspokojení a v závažnějších případech i štěstí se stává předmět závislosti, v našem případě konkrétně zdravé jídlo.

Dalším společným příznakem je změna sociálního fungování. Moroze et al. (2015) zhoršení sociálního fungování uvádějí i ve svých kritériích sloužících k diagnostice ON. Pod tento pojem zahrnují fungování v zaměstnání, ve škole i v soukromém životě jedince. Pokud jedinci trpící ortorexií společenské styky udržují, pak povětšinou s lidmi se stejnými stravovacími návyky. Tendenci hledat si přátele ze stejného prostředí můžeme vidět i u jiných závislostí (Bratman & Knight, 2000), avšak stejně jako u ortorexie společenské styky ztrácí na četnosti a bývají pomíjivé. Se změnou sociálního fungování se pojí též snaha skrývat příznaky závislosti. V tomto bodě jsou ovšem ortorektici unikátní, poněvadž nemají potřebu ortorexii zakrývat, protože ji považují za něco, čím by se měli chlubit.

V návaznosti na toto tvrzení Barthelsová et al. (2015) upozorňují na popírání možných negativních důsledků jedincovy diety. Závislí jedinci pokračují v přijímání podnětů způsobujících závislosti i přesto, že jsou jim jasné vysvětleny škodlivé důsledky jejich chování. Tento vzorec můžeme vidět i u ortorektiků, kteří nedokáží pochopit, že veskrze pozitivní věc, jakou beze sporu zájem o zdravé stravování je, by mohla být kýmkoliv vnímána negativně a mohla by vést k negativním důsledkům. Toto přesvědčení je posíleno i tím, že na počátku svých dietních snah bývají společností často kladně oceňováni, jelikož jejich stravování koresponduje s touhou společnosti po zdravém stylu života (Simpson & Mazzeo, 2017). Domníváme se, že analogicky mohou být zpočátku vnímány i jiné závislosti (např. workoholismus), které nemají primárně negativní konotaci. V případě ON se jedinci dokonce považují za ikony, jež jsou hodny uctívání a následování.

4. Srovnání ortorexie nervosy s obsedantně – kompulzivní poruchou

Jednou z možností ukotvení ortorexie nervosy do oficiálních diagnostických manuálů je její přiřazení k obsedantně – kompulzivní poruše, avšak ohledně tohoto zařazení nepadají mezi odborníky shoda. Ba co více, Brytek – Materová, Fonteová, Poggiogalleová, Donini a Cenaová (2017) vztah výše zmíněných poruch ve svém výzkumném projektu vůbec nenalezli, zatímco jiní autoři (Gleaves et al., 2013) dokonce považují ortorexiu za formu obsedantně – kompulzivní poruchy. V následujících odstavcích tedy nejprve uvedeme podobnosti a následně také odlišnosti těchto dvou poruch.

U ortorektiků, stejně jako u osob majících OCD, se vyskytují obsese, tedy nutkavé myšlenky, které narušují výkon běžných činností (Koven & Abry, 2015). Tyto intruzivní myšlenky jsou u ortorektiků zaměřeny výhradně na jídlo. Netýkají se však jen jeho kvality, ale rovněž jeho původu a způsobu jeho přípravy. Ortorektici na jídlo nedokáží přestat myslet ani ve svém volném čase a předpokládá se, že intruzivní myšlenky okupují jejich mysl několik hodin denně. Jedinci s ON si totiž v hlavě opakovaně procházejí jídelníček nejen na den stávající, ale i na dny nadcházející. Jak již bylo uvedeno ve druhé kapitole, obsedantní myšlenky dle zjištění Kovenové a Senbonmatsuové (2013) navíc negativně působí na exekutivní funkce ortorektiků, a to zejména na pracovní paměť.

Obdobně se u jedinců s ON vyskytuje strach z kontaminace, za jejímž vznikem by stálo požití nedostatečně kvalitních potravin. Tento strach může částečně vysvětlovat postupné zkracování listu povolených potravin, protože ortorektik volí takové jídlo, u něhož je možnost kontaminace nižší. Ortorektici například přeceňují hrozbu onemocnění zvířat, což má za následek částečné nebo úplné vynechání masných výrobků (Donini et al., 2004).

Vynechávání potravin je též spojeno s touhou po absolutní kontrole nad požívanými potravinami a tím i nad životem (Bratman & Knight, 2000). Nadměrné kontrolování též náleží k symptomatologii OCD a u ortorektiků hraje významnou roli. Poyrazová et al. (2015) považují aspekt kontroly za klíčový, jelikož právě opakovaná kontrola chrání jedince před špatnými věcmi. Jen díky tomu, že je jedinec trpící ON stále na stráži, se mu daří chránit se před špatným jídlem a tím i špatnými následky, z nichž nejzávažnější je onemocnění chorobou způsobenou nevhodným stravováním. Aby těmto negativním důsledkům ortorektici předešli, dodržují komplexní stravovací návyky a mnohdy také začínají sportovat či posilovat. Oberleová, Watkins a Burkot (2018) upozorňují na to, že obsedantně – kompulzivní chování se u ortorektiků začíná projevovat právě při fyzických aktivitách jedince, jež jsou poháněny

vnitřními motivy a jejichž cílem je primárně udržení optimálního fyzického zdraví, ale také dosažení pocitu nadřazenosti či redukce stresu.

Ortorektici se špatně vyrovnávají s nejistotou, a proto je jejich chování značně ritualizované. Rituální chování zajišťuje větší přehlednost situací a tím dává jedinci pocit větší kontroly. Pokud je kterýkoliv z rituálů porušen, přichází pocity viny, které musí být odčiněny přijetím striktnějších pravidel diety. Rituální odčinění můžeme vidět i u OCD a jedná se tedy o další ze společných znaků ON a OCD. Ritualizované chování je patrné ve fázi nakupování, přípravy i konzumace jídla. Ortorektik chodí obvykle nakupovat stále na stejná místa a jídlo následně připravuje obdobným způsobem (Varga et al., 2014). Zejména v pokročilejších stádiích ortorexie je pak opakovaně konzumováno stejné jídlo, jelikož na seznamu povolených potravin jich již mnoho nezbývá.

Barthelsová, Meyer a Pietrowsky (2015) vidí zásadní rozdíl mezi obsedantně – kompulzivní poruchou a ortorexií nervosou v odlišném vnímání poruchy samotnými pacienty. U pacientů s OCD je obvyklé takzvané egodystonní vnímání jejich stavu, což znamená, že pacienti projevy poruchy nepovažují za součást jejich osobnosti. Naopak se za příznaky OCD stydí a ve vztahu k nim cítí distres. Oproti tomu pacienti s ortorexií nervosou jsou na své chování hrdí a o jeho správnosti se snaží přesvědčit i ostatní. Chování i prožívání způsobené ortorexií je tedy vnímáno jako egosyntonní (Gleaves et al., 2013).

Na předpokladu harmonického vnímání příznaků je koncepce ortorexie nervosy založena, a právě kvůli tomu valná většina výzkumů s tímto konceptem operuje. Bylo by ovšem vhodné výzkumně prozkoumat, zda se u ortorektiků distres způsobený intruzivními myšlenkami nevyskytuje vůbec, či zda je v určité míře přítomný. Gleaves et al. (2013) upozorňují také na nutnost prozkoumání role kompulzí u ortorektiků. U pacientů s OCD slouží kompulze k uvolnění nepříjemných pocitů, nicméně u ortorexie jsou obvykle spojovány s pocity libosti, protože vykonávání činností spojených se zdravým jídlem bývá doprovázeno prožitkem uspokojení. Dittfeldová et al. (2016) popisují kompulzivní chování jako proces složité, ritualizované přípravy jídla a jeho výběru. I tento vědecký tým však upozorňuje na nedostatek evidence týkající se motivů pohánějících kompulzivní projevy ortorektiků, ba dokonce připouští, že hnací silou může být u ortorektiků, stejně jako u pacientů s OCD, touha zabránit či předejít možným negativním událostem, a nikoliv uspokojení pocházející z vykonávání činností spojených se sháněním, přípravou a požíváním potravin.

Problematické vynesení verdiktu o vztahu ortorexie a obsedantně kompulzivní poruchy je zapříčiněno i tím, že nejpoužívanější nástroj, tedy ORTO – 15, symptomy OCD dostatečně neadresuje (Donini et al., 2004). Autoři novějšího Eating Habits Questionnaire již do svého dotazníku položky zaměřené na obsedantně – kompulzivní chování ortorektiků zahrnuli a uznávají nezbytnost zkoumání vztahu ortorexie s OCD (Gleaves et al., 2013), avšak i jejich nástroj byl podroben kritice. Kovenová a Abryová (2015) poukazují zejména na to, že oproti ORTO – 15 výše zmíněný dotazník symptomy OCD skutečně řeší, nicméně opomíjí kompulzivní projevy poruchy, přestože i ty mohou být u ortorektiků pozorovány.

5. Srovnání ortorexie nervosy s poruchami příjmu potravy

V této kapitole se budeme zabývat společnými rysy ortorexie a poruch příjmu potravy. Ortorexií budeme porovnávat zejména s mentální anorexií a bulimií, ale uvedeny budou i paralely mezi ortorexií a záchvatovitým přejídáním. Většina studií existenci společných znaků ortorexie a PPP potvrzuje, ale interpretace těchto nálezů se liší. Segura – Garcíová et al. (2012) považují ortorexií za možný premorbidní symptom přispívající ke vzniku poruch příjmu potravy. Tataž autorka s jiným autorským týmem přichází o dva roky později s prací, v níž výzkumníci ortorexií nervosu označují za lehčí formu poruch příjmu potravy, jejíž symptomy koexistují souběžně s centrální poruchou, avšak po jejím vyléčení zesílí. Zmíněný autorský tým si ortorexií vykládá nejen jako lehčí, ale zároveň i přijatelnější formu PPP (Segura – García et al., 2014). Jako přijatelnější je spatřována proto, že u ní nebývají tak markantní tělesné symptomy a smrt hrozí jen zcela výjimečně (Bratman & Knight, 2000). Podle Barnesové a Caltabianové (2016) je výskyt poruch příjmu potravy v minulém životě jedince nejsilnějším prediktorem vzniku ortorexie nervosy.

Nejčastěji bývá ortorexie spojována s mentální anorexií. Gleaves et al. (2013) dokonce polemizují o definování ortorexie jako podtypu mentální anorexie. I mezi těmito poruchami však existují rozdíly, jimiž se budeme detailně zabývat později. Nejprve se totiž zaměříme na dobu vzniku poruchy. Podobně jako u ON se i u poruch příjmu potravy předpokládá, že většinou začínají v adolescenci či v rané dospělosti (Kesby, Maguire, Brownlow, & Grisham, 2017). V obou případech můžeme za jeden z faktorů vzniku považovat větší samostatnost a svobodu ve výběru potravin. U PPP ovšem roli hrají i tělesné změny a přiblížení se ideálu krásy, což je možné pomocí redukce tělesné hmotnosti jedince. Redukce váhy může být jedním z faktorů spouštějících ON, nicméně s rozvojem poruchy se touha po snížení váhy ztrácí a je nahrazována touhou po dodržování perfektní diety ve smyslu diety zdravé (Dunn & Bratman, 2016).

Kesbyová et al. (2017) považují za důležitý znak poruch příjmu potravy intoleranci k nejistotě. Aby se nejistota neobjevovala, dodržují osoby trpící poruchami příjmu potravy „jídelní pravidla“, která čítají například kontrolování těla, počítání kalorií a zvracení. Jídelní pravidla dodržují i ortorektici, a tak i u nich můžeme intoleranci k nejistotě pozorovat, avšak předmětem obav ortorektiků není kalorická hodnota potravin, ale jejich kvalita (Donini et al., 2004). U jedinců s ortorexií se tedy kvantita konzumovaných potravin měnit nemusí a právě v tomto bodě tkví zásadní odlišnost mezi mentální anorexií a ortorexií. Je ovšem pravdou, že

obě skupiny vybírají potraviny dle jiných kritérií než „běžní lidé“. Ortorektik ani anorektik nevolí své jídlo podle chuťových preferencí či oblíbenosti, ale volí je podle jím vytvořených subjektivních kritérií. První skupina má kritérium kvalitativní, zatímco druhá kvantitativní. Dle odbornic Bonnie Brennanové a Anne O'Meliové, s nimiž bylo provedeno pro časopis *Natural Solutions* interview nazvané „Eating well vs. Eating right“ (2016), můžeme u ON v některých případech vidět chování připomínající spíše mentální bulimii či záchvatovité přejídání. Při těchto příležitostech ortorektik jí až do chvíle, kdy se mu udělá nevolno. Ortorektici při těchto záchvatech sice jedí hodně, ale opět pouze zdravé potraviny (ořechy, zeleninu...) a necítí potřebu zkonsumované potraviny vyzvrátit.

V následujících odstavcích obrátíme pozornost k prožitkovému světu a postojům jedinců s ON a s poruchami příjmu potravy. Častým spouštěčem poruch příjmu potravy je nespokojenost s vlastním tělem a znatelný tělesný diskomfort. Tato prožívaná nespokojenost je též faktorem prohlubujícím závažnost poruchy, jelikož vede k extrémnějším dietním opatřením. Právě zde můžeme nalézt další možný rozdíl mezi ON a PPP. U první zmíněné poruchy zaujatost tělem není vždy patrná (Varga et al., 2013) a stejně tak se u ní nevyskytuje fobie z tloustnutí. Podle Gramagliaové, Brytek – Materové, Rogozy a Zeppeghna (2017) ortorektici na rozdíl od pacientů s poruchami příjmu potravy nevnímají velikost svého těla zkresleně ve smyslu nadhodnocování jeho velikosti. Výzkumníci (Brytek – Matera et al., 2015; Gramaglia et al., 2017) však zdůrazňují, že vnímání velikosti těla se liší u mužů a žen. U žen existuje větší korelace mezi nespokojeností s vlastním tělem a výskytem ortorexie, zatímco u mužů tato souvislost není příliš patrná. Zde je nutné uvést, že oproti klasickým poruchám potravy není u ortorexie jasně prokázán markantní rozdíl mezi jejím výskytem u mužů a žen.

Ani při zkoumání subjektivního prožitku nespokojenosti s tělem se však autoři zcela neshodnou. Barthelsová et al. (2015) připouštějí, že se i u ortorexie může vyskytovat zkreslení obrazu vlastního těla, nicméně i v jejich vzorku se toto zkreslení týkalo zejména žen – ortorektiček. Za zmínku stojí práce Bundrosová et al. (2016), v níž je poukázáno na signifikantní výskyt negativního vnímání vlastního těla u studentů s nadváhou, u nichž byl následně identifikován i zvýšený risk k rozvoji ortorexie. Můžeme tedy předpokládat, že pokud je důvodem stojícím za vznikem ortorexie zvýšená tělesná hmotnost, budeme u těchto jedinců moci pozorovat i negativní vnímání vlastního těla, tedy nespokojenost s ním.

Zajímavé je též srovnání vnímání sebe sama u jedinců s PPP a s ortorexií. Nepřehlédnutelnou podobností mezi ortorexií a poruchami příjmu potravy je vnímání vlastní hodnoty odvozené od toho, zda jedinec dodržel či nedodržel pravidla diety („Eating well vs.

Eating right,“ 2016). Při porušení dietních opatření se u obou skupin objevují pocity viny, které jedinci odstraňují zpřísněním pravidel diety. Zde tedy vidíme shodu mezi ortorexií a poruchami příjmu potravy, avšak ve vnímání sebe sama existují i rozdíly. Zatímco u poruch příjmu potravy se profesionálové setkávají s nižším sebevědomím pacientů, u ortorexie nervosy je tomu právě naopak (Oberle, Samaghabadi, & Hughes, 2017). Toto tvrzení ve své knize proklamují i Bratman a Knight (2000), kteří ortorexiu spojují se sebevědomím vyšším, jehož projevem je suverenita, touha mluvit o svém způsobu stravování a pocit nadřazenosti.

Nepřiměřené stravování se promítá i do oblasti somatické, a proto u pacientů s poruchami příjmu potravy můžeme vidět známky tělesného chátrání. Důvodem tělesných obtíží je příjem nepřiměřeného množství stravy a její nevyváženost. Právě nevyváženost stravy je typická i pro ortorexiu a vede, jak bylo uvedeno výše, k malnutrici způsobené nedostatkem pro tělo důležitých prvků, mezi které patří například zinek či měď (Morozov et al., 2015). Citovaný tým autorů stejně jako Kovenová a Abryová (2015) obrací pozornost k paralele mezi ortorexií a anorexií, jelikož u obou poruch se jako důsledek nevyváženého stravování objevují stejné zdravotní problémy, mezi které patří hyponatremie, hypokalcémie nebo například pancytopenie. Nevyváženost stravy má také vliv na funkčnost peristaltiky, a proto se u poruch příjmu potravy stejně jako u ortorexie objevují zažívací problémy (Varga et al., 2014).

Zaujetí stravováním zabírá mnoho času i jedincům s poruchami příjmu potravy, a to na úkor rozvoje sociálních vztahů. Lidé s poruchami příjmu potravy a obdobně i lidé závislí vkládají velké množství energie do maskování příznaků onemocnění, zatímco ortorektici se svými návyky chlubí, protože jsou přesvědčeni o jejich správnosti (Koven & Senbonmatsu, 2013), k čemuž přispívá i počáteční obdiv společnosti. Simpsonová a Mazzeová (2017) upozorňují na to, že skrývání projevů poruchy a s tím spojená sociální izolace jsou u pacientů s poruchami příjmu potravy způsobeny negativním postojem společnosti, která je považuje za viníky plně odpovědné za svůj stav. Projevy stigmatizace se objevují i ve vztahu k ortorexiu, avšak v tomto případě jsou menší, jelikož společnost ortorektiky na jednu stranu obdivuje. Svou roli zde ovšem může hrát i nezařazení ortorexie mezi „skutečné“ poruchy.

6. Společné projevy ortorexie, obsedantně – kompulzivní poruchy a poruch příjmu potravy

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, ortorexie má společné znaky s obsedantně – kompulzivní poruchou i s poruchami příjmu potravy a některé z těchto sdílených podobností můžeme najít u všech výše zmíněných diagnostických skupin, a proto si tato kapitola klade za cíl právě tyto shodné projevy všech tří diagnóz, respektive skupin diagnóz, popsat. Vytyčení shodných bodů považujeme za užitečné, poněvadž tyto přehledy mohou pomoci při zařazení ortorexie do oficiálních mezinárodních klasifikací.

Než se dostaneme k samotnému jádru kapitoly, zastavme se nejprve u pojetí ortorexie jako závislostního chování. Ortorexiu jako závislost na zdravém stravování definovali již Bratman a Knight (2000), nicméně v současnosti se v literatuře názor, že by ortorexie měla být vnímána čistě jako druh závislosti, nevyskytuje, jelikož jsou za stěžejní považovány faktory, které můžeme vidat právě u poruch příjmu potravy a OCD. Nutno ovšem podotknout, že u obou diagnostických skupin se komorbidita s nějakou formou závislosti vyskytuje. Krch (1999) ve své knize poukazuje zejména na souvislost mentální bulimie a závislosti na alkoholu. Na odborných webových stránkách www.dualdiagnosis.org častý společný výskyt poruch příjmu potravy a závislostního chování potvrzují (Foundations Recovery Network, n.d.-a) a na základě svých zkušeností mluví i o komorbiditě závislosti s OCD (Foundations Recovery Network, n.d.-b). Výzkumně se tomuto tématu věnoval tým Manceboové, Granta, Pinta, Eisenové a Rasmussena (2009), kteří našli koexistenci OCD a látkové závislosti u 25 % probandů z celkového počtu 323.

První výraznou vlastností propojující zmiňované poruchy je perfekcionismus, který se projevuje touhou po dosažení dokonalosti. Ve značné míře můžeme tendenci k němu pozorovat u ortorexie, OCD i poruch příjmu potravy, u nichž se nejvíce projevuje u mentální anorexie (Roncero, Perpiñá, & García – Soriano, 2011). Tendence k perfekcionismu je často zděděná a značně koreluje se závažností narušení chování. Bento et al. (2010) na základě výzkumu provedeném na vzorku portugalských studentů s poruchami příjmu potravy varují, že právě vyšší tíhnutí k dokonalosti koreluje s vyšší hrozbou přetrvání jejich poruchy.

Dalším společným znakem je poměrně vysoká rigidita myšlení i vykonávání činností. Z neuropsychologického hlediska dochází u jedinců s těmito diagnózami k exekutivním dysfunkcím, jelikož nejsou schopni flexibilního uvažování (Koven & Abry, 2015). Kognitivní rigidita dle Kesbyové et al. (2017) úzce souvisí s další sdílenou vlastností, a to konkrétně

s intolerancí k nejistotě. Nejisté situace vyvolávají v jedincích úzkost a strach, a proto se jim snaží předejít vytvořením ritualizovaného chování a systému pravidel. Pravidla umožní jedinci efektivněji kontrolovat veškeré aspekty svého života, tedy i konzumované potraviny. Zde se dostáváme k dalšímu společnému projevu OCD, PPP a ortorexie, jímž je zvýšená potřeba kontroly (Roncero et al., 2011), jejímž účelem je právě odstranění nejistoty.

V předchozích kapitolách již byly zmíněny poruchy pracovní paměti, jejíž výkon ovlivňují intruzivní myšlenky, které mají v případě PPP a ortorexie sice užší zaměření, ale důsledky jejich působení jsou obdobné jako u obsedantně – kompulzivní poruchy. I u ortorexie a poruch příjmu potravy totiž dochází v závislosti na nutkavých myšlenkách k výskytu problémů při zvládání běžných činností (Koven & Senbonmatsu, 2013). Nutkavé, tedy obsedantní myšlenky jsou patrně nejznámějším projevem obsedantně – kompulzivní poruchy, avšak právě obsedantní rysy se v nezanedbatelné míře objevují i u pacientů s poruchami příjmu potravy (Jiménez – Murcia et al., 2007), s čímž souhlasí i Sallet et al. (2010), jejichž výzkum se zaměřil i na kompulzivní symptomy u pacientů s PPP. U mentální bulimie jsou kompulzivní projevy spojené s přejídáním, zatímco u anorexie s omezováním jídla. U ortorexie můžeme vidět jak přejídání, tak restrikcí jídla, ale v jejím případě je vždy stěžejní téma zdravotnosti potravin.

Ronceroová et al. (2011) zdůrazňují přítomnost hypermorality, jak u jedinců s PPP, tak u jedinců s obsedantně – kompulzivní poruchou. U poruch příjmu potravy a paralelně i u ortorexie nervosy jsou projevy hypermorality soustředěny na odlišení povolených a zakázaných potravin, přičemž požívání druhého zmíněného typu potravin je jedinci vnímáno jako morálně špatné. Konzumace zapovězených potravin ústí v dříve zmíněné kompulzivní projevy, jež jsou zaměřeny na odčinění prohřešku. S kompulzivním jednáním jsou spojovány rozjitřené emoce, které neumí jedinci s uvedenými poruchami efektivně zvládat, protože jejich emoční kontrola je značně zhoršená (Koven & Senbonmatsu, 2013).

Závěrem je nutné říci, že většina výzkumníků nalézá nejvýraznější vztah mezi ortorexií, mentální anorexií a obsedantně – kompulzivní poruchou. Moroze et al. (2015) dokonce předpokládají, že se u zmíněných poruch vyskytují obdobné změny v mozku, jejichž dopad byl nastíněn výše. Jelikož je tedy v mnoha aspektech patrná souvislost ortorexie s více než jednou poruchou, mohlo by být řešením stávajících rozporů vytvoření samostatné diagnózy ortorexie nervosy a nikoliv její definování jako subtypu již existující poruchy.

7. Možnosti léčby ortorexie

Absence jednotných diagnostických kritérií a definice ortorexie nervosy má negativní dopad i na možnosti její léčby, nicméně na základě publikovaných prací zabývajících se ortorexií lze vypožorovat, že návrhy autorů týkající se terapie ortorexie se v mnohém shodují. Cílem této kapitoly je představení nejčastěji zmiňovaných možností terapie ortorexie.

Brytek – Materová (2012) ve svém článku klade důraz na to, že léčbu pacienta trpícího ortorexií nemá provádět jediný člověk. Pro úspěšnou léčbu je kromě psychoterapeuta žádoucí i přítomnost lékaře a výživového poradce. Poslední jmenovaný pacientovi pomáhá s nalezením vyváženější diety. Zde můžeme opět pozorovat podobnost s poruchami příjmu potravy, jelikož u jejich léčby je přítomnost specialisty na výživu taktéž zásadní (Krch, 1999). Úkolem výživového poradce je vytvoření jídelníčku, při jehož dodržování by mělo být dosaženo důležitého cíle, jímž je obnovení optimální váhy pacienta. Na rozdíl od pacientů s poruchami příjmu potravy, ortorektici proti zvýšení váhy zpravidla nic nenamítají, za předpokladu, že se i nový jídelníček skládá ze zdravých potravin. Bonnie Brennanová a Anne O'Meliová v interview pro magazín *Natural Solutions* („Eating well vs. Eating right,“ 2016) upozorňují na překážku spojenou s nutností rychlého příbytku hmotnosti a stabilizace organismu. K těmto účelům bývá totiž používána umělá výživa, kterou odmítají ortorektici přijímat, neboť obsahuje chemické látky a je tedy pro organismus toxická. Zamítavý postoj mají ortorektici i k medikamentům, poněvadž i ty jsou dle jejich názoru nečisté. Kovenová a Abryová (2015) však ve své práci poukazují na to, že užívání jistých druhů léků, jmenovitě některých antipsychotik, u ortorektiků potlačuje nutkavé myšlenky, které jsou jedním z hlavních projevů ortorexie. Pro mnohé z nich je ovšem jejich odstranění za cenu znečištění organismu neakceptovatelné.

Výše zmiňované autorky v interview pro *Natural Solutions* („Eating well vs. Eating right,“ 2016) taktéž uvádějí, že ortorektici oproti pacientům s PPP zpravidla lépe a rychleji přijmou diagnózu a poté, co si uvědomí, že mají problém, jsou o své ortorexi ochotni mluvit jako o problému a pracovat na změně jídelního chování i postojů k němu. Bratman a Knight (2000) poukazují na klíčovost pacientova prozření vzhledem k negativním důsledkům posedlosti zdravým stravováním. Teprve poté může pacient začít aktivně měnit své chování, avšak ani u ortorexie nelze léčbu uspěchat. Dalším obecně přijímaným prvkem terapie ortorexie nervosy je proto i postupná psychoedukace, která má pacientovi pomoci získat náhled na onemocnění a na jeho možné příčiny. Právě s psychoedukací úzce souvisí nutriční

poradenství, v němž se nejen pacient, ale i jeho blízcí naučí nejen rozumět ortorexii, ale zároveň získají doporučení týkající se přiměřeného stravování (Barthels et al., 2015). Jak již bylo napsáno v předchozích kapitolách, ortorexie není příliš známá, a proto je opravdu nutné do programu osvěty zařadit i blízké jedince, jimž tento program může pomoci pochopit z jejich pohledu přehnaná dietní opatření jejich blízkého. Spolupráci s blízkými osobami pokládáme za stěžejní také proto, že právě vztahy s nimi bývají vlivem ortorexie narušeny a společná práce na jejím odstranění tak může pomoci k jejich obnově.

S léčbou ortorexie nervosy je dnes v literatuře nejvíce spojována kognitivně – behaviorální terapie, což není překvapující, neboť účinnost této terapie je prokázána jak u PPP, tak u obsedantně – kompulzivní poruchy. KBT je u ortorexie používána za účelem nácviku nových stravovacích návyků (Koven & Abry, 2015), stejně jako za účelem odstranění přehnaných přesvědčení o pozitivních vlivech extrémní diety (Barthels et al., 2015). Segura – Garciová et al. (2014) ovšem varují před negativními účinky KBT u pacientů s poruchami příjmu potravy, z nichž se právě důsledkem terapie stávají ortorektici, poněvadž jim KBT pomůže odstranit obavy z jídla. Jídlo se pro ně naopak stane svátostí a ze zaměřenosti na kvantitu přijímaných potravin se stává zaměření na jejich kvalitu.

Během rešerše se nám na internetu nepodařilo nalézt mnoho článků o ortorexii určených laikům či lidem majícím podezření, že oni či někdo z jejich okolí ortorexií trpí. Tato absence zdrojů koresponduje s tvrzením, že pojem ortorexie není v populaci příliš znám. Nejpropracovanějším internetovým blogem zabývajícím se ortorexií je dle našeho názoru blog autora konceptu ortorexie Stevena Bratmana. Na tomto blogu je k dispozici i sebeposuzovací dotazník, jehož původní desetipoložkovou verzi je v češtině možné najít na blogu www.vimcojim.cz („Ortorexie – když touha po zdraví převálcuje rozum,“ 2015). Šíření dotazníku má podle Bratmana a Knighta (2000) zvýšit schopnost veřejnosti rozpoznat příznaky ortorexie u sebe i u ostatních. Jejich kniha *Health Food Junkies* má pak sloužit jako svépomocná příručka k překonání ortorexie. Autoři však čtenáře varují, že v mnoha případech není svépomoc dostatečná a do terapie musí být zapojeni i odborníci a v ideálním případě také vyléčený ortorektik, který pomůže získat pacientovi náhled na jeho problém.

Empirická část

8. Návrh výzkumného projektu

V literárně přehledové části práce byl vymezen poměrně nový fenomén ortorexie nervosy a představeny byly různé možnosti zařazení ortorexie do oficiálních klasifikačních systémů psychických poruch. Stávající empirická část se zaměří na zkoumání vztahu ortorexie nervosy a obsedantně – kompulzivní poruchy u vysokoškolských studentů, kteří jsou dle výše citovaných výzkumů rizikovou skupinou pro rozvoj ortorexie.

Rozhodnutí vypracovat studii zabývající se právě vztahem ortorexie a OCD bylo učiněno po prostudování literatury, jelikož z rešerše vyplynulo, že tento vztah je zkoumán méně často než spojitost ON a poruch příjmu potravy. Důvodem volby stávajícího designu je i už vícekrát zmiňovaná inkonzistence v názoru na existenci komorbidity OCD a ON.

8.1 Cíle výzkumného projektu

Cílem výzkumného projektu je zjistit, zda existuje vztah mezi ortorexií nervosou a obsedantně – kompulzivní poruchou. Naším výchozím předpokladem je, že mezi uvedenými diagnózami souvislost existuje a očekáváme tedy pozitivní korelaci mezi naměřenými hodnotami. Předpokládáme, že participanti v daném vzorku budou dosahovat v dotazníku měřícím ortorektické tendence nižších skóre, které indikují přítomnost ortorexie. Skóre poukazující na přítomnost OCD je u vzorku očekávan, poněvadž se jedná o klinickou populaci.

Dílčím cílem praktické části pak bude prozkoumat, zda se u stávajícího českého vzorku studentů objevuje spojitost výraznějších ortorektických projevů a větší tendence ke kontrolování (Checking). Pozornost bude zaměřena také na subškálu měřící obsesivitu (Obsessions), neboť obsese jsou považovány za významný symptom ortorexie (Koven & Senbonmatsu, 2013).

8.2 Design výzkumného projektu

Design výzkumu je kvantitativní a jedná se konkrétně o korelační studii. Tento design byl zvolen úmyslně, neboť se domníváme, že námi provedený výzkum bude pouze explorační a jeho výsledky budou jen odrazovým můstkem či podnětem pro další bádání. Domníváme se také, že je vhodné provést korelační výzkum, jelikož samotná existence vztahu ON a OCD je

některými autory (Brytek – Matera et al., 2017) zpochybňována. Dalším důvodem pro výběr tohoto typu projektu byl fakt, že v českém prostředí vztah mezi výše zmíněnými diagnózami dosud nebyl zkoumán a v daném vzorku se může ukázat jako nesignifikantní.

8.3 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek bude složen nejméně ze 100 studentů vysoké školy. Populace vysokoškolských studentů byla vybrána, jelikož právě oni mají být dle existujících výzkumů skupinou ohroženou rozvojem ON. Dalším požadavkem pro účast na výzkumu je věk studentů mezi 19–26 lety. Studentem vysoké školy je tedy pro účel této práce osoba, která má nárok na studentské slevy a její studium na státních univerzitách není zpoplatněno. Participanti dále musí mít diagnostikovanou obsedantně – kompulzivní poruchu. Aby nedošlo k nenaplnění vstupních požadavků, budou osloveni psychologové v Praze, kteří budou požádáni, aby informace o výzkumu šířili mezi jejich klienty splňující stanovené podmínky.

Hlavní město bylo zvoleno kvůli vyšší koncentraci studentů, ale také kvůli většímu počtu psychologických pracovišť. Pokud by probandů bylo nedostatečné množství, oslovily bychom odborníky v dalších velkých univerzitních městech, jmenovitě v Olomouci, Brně, popřípadě v Plzni. Do výzkumu se klienti přihlásí na základě vlastního rozhodnutí. Probandům bude v odborném zařízení předán odkaz na webové stránky Google, na nichž budou umístěny dotazníky včetně průvodního prohlášení (viz přílohy č. 1, 2 a 4).

Východiskem pro stávající výzkum jsou práce Kovenové a Senbonmatsuové (2013) a Poyrazové et al. (2015). Oba autorské týmy našly korelaci mezi přítomností symptomů ortorexie a OCD. První dvojice autorek našla tuto spojitost u rizikové skupiny vysokoškolských studentů, zatímco druhý výzkumný tým se zaměřil přímo na ověření přítomnosti ortorektických projevů u pacientů s OCD. Pro účely bakalářské práce budou propojena vstupní kritéria z obou citovaných studií, a proto cílovou skupinou budou právě univerzitní studenti s diagnostikovanou obsedantně – kompulzivní poruchou.

8.4 Výzkumné metody

Výzkum bude proveden prostřednictvím dotazníkového šetření. Konkrétně budou užity 2 dotazníkové metody. Pro měření ortorektických projevů bude použit dotazník ORTO – 15, který však nebyl pro českou populaci standardizován. V naší zemi ortorexie nervosa není zatím příliš známá a větší pozornost jí byla věnována jen v rámci studentských prací, v nichž ale nebyl

prostor pro standardizaci nástroje pro měření ON, ba ani v této bakalářské práci by pro standardizaci užitého dotazníku nebyl prostor. Pro účely bakalářské práce proto použijeme vlastní překlad anglické verze dotazníku (viz příloha č. 1), jenž vytvořil Donini et al. v roce 2004. Jelikož se jedná pouze o subjektivní překlad, bude nutné provést pilotní studii, v níž budou participant požádáni o vyplnění dotazníků s tím, že jejich hlavním úkolem bude posoudit srozumitelnost jednotlivých položek, jejichž znění bude na základě podnětů probandů upraveno do přijatelnější podoby.

K zachycení obsedantně – kompulzivních rysů bude použit inventář Obsessive – Compulsive Inventory (OCI). Ani tento inventář není v České republice standardizován, nicméně ve světě je to velmi oblíbený nástroj pro screening symptomů OCD. I překlad tohoto inventáře bude tedy podroben kritice probandů v rámci pilotní studie. Jelikož je vzorek složen z pacientů, u nichž je OCD již diagnostikováno, bylo by možné užití tohoto dotazníku vynechat. Důvodem využití inventáře je, že nám umožní zkoumat sílu vztahu mezi ON a jednotlivými subškálami tohoto nástroje. Zaměříme se zejména na škálu Checking (Kontrolování) a Obsessions (Obsese), protože právě pozitivní korelaci těchto škál a s nimi spojených symptomů obsedantně – kompulzivní poruchy s vyššími ortorektickými projevy autoři opakovaně zmiňují.

8.4.1 ORTO - 15

ORTO – 15 je dotazníkovou metodou, jež byla vytvořena Doninim et al. (2004), a to původně pro italskou populaci. Dotazník se skládá z 15 položek, z nichž na každou lze odpovědět jednou ze čtyř možností Likertovy škály. Tyto možnosti jsou: vždy, často, někdy a nikdy. Za každou odpověď lze získat maximálně čtyři a minimálně jeden bod. Maximální dosažitelný počet bodů je tedy šedesát s tím, že hraniční skór je čtyřicet bodů. Pokud proband získá celkově pod čtyřicet bodů, znamená to, že má zvýšené tendence k onemocnění ortorexií. Položky ORTO – 15 jsou rozděleny do tří kategorií. Konkrétně se jedná o kategorie postihující emocionální, kognitivně – racionální a klinické aspekty ortorexie. Jako hlavní limitaci ORTO – 15 autoři uvádí neschopnost nástroje zachytit právě obsedantně – kompulzivní aspekty ortorexie (Donini et al., 2005).

V České republice není dotazník ORTO – 15 standardizován, proto se budeme držet hranice čtyřiceti bodů určené Doninim et al. (2004) v původní studii, nicméně je důležité zmínit, že právě hraniční skór bývá často kritizován. Segura-Garcíová et al. (2014) považují za citlivější hranici 35 bodů a s nižším hraničním skórem souhlasí i Vargaová et al. (2014).

Dle autorů totiž při užití hraničního skóru čtyřiceti bodů do kategorie „nemocných“ spadá příliš mnoho respondentů. V tuzemsku obě hranice ve své bakalářské práci testovala Nikodymová (2017), jejíž výzkum na matkách předškolních dětí ukázal, že při užití nižší hranice (35 bodů) se vysoké tendence k ortorexii prokázaly jen u 16 % respondentek, zatímco při užití hranice čtyřiceti bodů mělo zvýšené tendence 74,5 % matek.

Dalším problematickým bodem ORTO – 15 je jeho nejasná validita a reliabilita. Arusoğlu, Kabakçi, Köksal a Kutluay Merdol (2008) v průběhu adaptace nástroje do tureckého jazyka zjistili, že pro jejich zemi je relevantních pouze jedenáct položek z původního dotazníku. Missbach et al. (2015) objevili podobný trend při překladu do němčiny. V německé verzi bylo v dotazníku ponecháno pouze devět položek, ale i po těchto úpravách vykazuje dotazník pouze průměrnou interní konzistenci. Vargaová et al. (2014) za hlavní důvod rozdílů ve validitě ORTO – 15 považují velké kulturní rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, jež se mohou promítnout i v postojích ke zdravému stravování. Parra – Fernandezová et al. (2018) při standardizaci dotazníku do španělštiny vyřadili celkem čtyři položky, které nebyly pro španělskou populaci relevantní. Autoři španělskou verzi dotazníku porovnali s ostatními překlady a zjistili, že položka číslo osm (viz příloha č. 1) je při standardizaci vyřazována opakovaně, a proto se zdá pravděpodobné, že se v případě této položky nejedná o kulturně specifický projev zdravého stravování, nýbrž o špatný předpoklad týkající se daného projevu ortorexie. I kvůli těmto zjištěním se autoři shodují na nutnosti vytvoření nového univerzálního nástroje pro diagnostiku ON, avšak zároveň uznávají, že ORTO – 15 je v současné době tím nejpropracovanějším a nejvíce prozkoumaným nástrojem k měření ortorexie, a proto bude tento dotazník využit i v této práci.

8.4.2 Obsessive – Compulsive Inventory

Obsessive – Compulsive Inventory vytvořili Foaová, Kozak, Salkovskis, Colesová a Amir (1998) jako nový nástroj k měření symptomů OCD. Testové charakteristiky autoři ověřovali na čtyřech různých vzorcích. U všech vzorků měl inventář uspokojivou až velmi dobrou validitu a reliabilitu. Inventář se skládá ze sedmi subškál a tvoří jej celkem 42 položek. Proband volí na Likertově škále z pěti možností, které jsou označeny čísly od nuly do čtyř (vůbec, trochu, průměrně, hodně, extrémně). Za každou otázku je možné získat nejvíce čtyři body. Pokud probandovo celkové skóre přesáhne 42 bodů, je u něj předpokládána přítomnost obsedantně – kompulzivní poruchy. Jedná se však pouze o screeningový nástroj, a proto je k diagnostice nutná návštěva odborníka a další testování (Foa et al., 1998). Pro účely bakalářské

práce bude použita česká verze inventáře přeložená autorkou práce (viz příloha č. 2). Podkladem pro překlad byla online interaktivní verze inventáře zveřejněná se souhlasem jeho autorů.

8.5 Procedura

O spolupráci budou požádáni psychologové a psychoterapeuti s pracovištěm v Praze. Těmto odborníkům budou poskytnuty detailní informace o chystaném výzkumu a k dispozici dostanou i tištěnou verzi úvodního prohlášení, aby mohli svým klientům popsat, jak bude sběr dat probíhat, a ti se pak mohli rozhodnout, zda se šetření chtějí účastnit. Pokud se klient rozhodne k účasti na výzkumu, bude mu předán informovaný souhlas (viz příloha č. 3), který nechá vyplněný v ordinaci, a také internetová adresa, na níž bude možné dotazníky vyplnit.

Výjimkou bude prvních deset probandů, protože ti budou požádáni, aby vyplnili dotazníky v papírové podobě. Tuto část výzkumu můžeme nazvat pilotní studií. Probandi účastníci se této studie nebudou součástí výzkumného vzorku a jejich úkolem bude zhodnotit srozumitelnost překladu obou dotazníků. S každým z těchto deseti probandů se osobně sejdeme, aby měli možnost se ke srozumitelnosti českého překladu jednotlivých tvrzení vyjádřit. Na základě jejich připomínek případně výroky upravíme.

Ostatní probandi obdrží odkaz na internetovou stránku, na níž kromě dotazníků opět naleznou průvodní prohlášení (viz příloha č. 4), s nímž se v tištěné podobě setkali již u svého terapeuta. Kvůli propojení s informovaným souhlasem bude proband muset vyplnit kód, který mu předal terapeut, nicméně již v prohlášení bude ujištěn, že jeho osobní údaje se v práci nikde neobjeví.

Před započítáním samotného vyplňování dotazníků bude proband požádán o zadání svého kódu, věku a názvu studované univerzity, aby bylo ověřeno, že proband splňuje stanovená kritéria.

8.6 Způsob zpracování dat

K vyhodnocení ORTO – 15 budou užita kritéria stanovená Doninim et al. (2005). Každá otázka bude tedy bodována dle manuálu a u každého respondenta bude spočítán výsledný skór. Následně bude zjištěn počet respondentů, jejichž skór dosahuje čtyřiceti či méně bodů. Čtyřicet bodů je hraniční skór a u těchto respondentů tedy předpokládáme přítomnost ortorektických projevů. Vypočítán bude též průměrný skór všech respondentů. Obdobně bude vyhodnocen

i druhý užitý dotazník, tedy dotazník zachycující obsedantně – kompulzivní projevy. Hraniční skór u OCI je 42 bodů. I my budeme tuto hodnotu považovat za hraniční, nicméně vyšší skór v dotazníku OCI je u tohoto vzorku očekáván, jelikož se skládá z probandů, kteří mají diagnostikovanou obsedantně – kompulzivní poruchu.

Analýza výsledků obou užitých nástrojů proběhne v MS Excel 2016, v němž bude následně mezi dotazníky provedena korelační analýza, z níž bude možné zjistit, zda opravdu existuje souvislost mezi ortorexií a obsedantně – kompulzivní poruchou. Užit bude konkrétně Pearsonův korelační koeficient.

Korelační analýza bude použita i v případě vyhodnocení síly vztahu jednotlivých subškál OCI s výsledky ORTO – 15. Výsledky této analýzy odhalí, zda i u českého vzorku některé ze subškál zachycujících jednotlivé skupiny symptomů OCD s tendencemi k ortorexií nervose korelují více.

8.7 Etika navrhovaného výzkumu

Etická stránka výzkumu je ošetřena průvodním prohlášením a informovaným souhlasem (viz. přílohy č. 3 a 4), v nichž je proband upozorněn, že účast na výzkumu je dobrovolná a že z něj může kdykoliv odstoupit. Zároveň je mu sděleno, že veškerá data budou při zpracování anonymizována. Toto tvrzení je zesíleno i přidělením kódu, kterým se proband při vyplňování dotazníků prokáže. Své jméno už tedy proband do internetového formuláře nezadá a před samotným vyplňováním dotazníků si má opět možnost přečíst i průvodní prohlášení, v němž je uvedeno, že v samotné práci se neobjeví ani jeho osobní kód. V prohlášení je uveden i kontakt na autorku práce, kterou je možné v případě jakýchkoliv dotazů kontaktovat.

9. Diskuse

Na předchozích stránkách byl popsán návrh výzkumu zabývajícího se vztahem ortorexie nervosy a obsedantně – kompulzivní poruchy. Cílem bylo zjistit, zda se u vysokoškolských studentů s diagnostikovanou obsedantně – kompulzivní poruchou vyskytuje ortorexie nervosa. Jinými slovy bylo úkolem výzkumu zjistit, zda spolu v praxi tyto dvě poruchy souvisí, tedy zda mají společné znaky a objevují se společně. V českém prostředí však tento vztah ještě zkoumán nebyl, a proto výzkum můžeme považovat pouze za explorační. Jeho úkolem by mělo být zejména představení fenoménu ortorexie nervosy v českém prostředí, v němž tato diagnóza zatím není příliš známá.

S tím souvisí i významná limitace výzkumu. V tuzemsku neexistuje standardizovaný nástroj k měření ortorexie nervosy, a proto bylo nutné užít nástroj, konkrétně dotazníkovou metodu ORTO – 15, která byla v roce 2004 vytvořena pro populaci italskou (Donini et al., 2005), jež se ale od české populace liší. Na problematiku kulturních odlišností a rozdílného chápání položek, z nichž se nástroj skládá, upozorňují například Vargaová et al. (2014), kteří tento dotazník užili pro populaci maďarskou.

Nejasná je též hodnota hraničního skóru, od něž je u probanda předpokládána ortorexie. Například při užití turecké adaptace dotazníku zvané ORTO – 11 se užívá hraniční skór 27. Konsenzus nepanuje ani v samotné Itálii, pro jejíž populaci nástroj vznikl, jelikož Segura – Garciová et al. (2014) ve svém výzkumu užili nižší hranici 35 bodů. V této práci by byla použita hranice čtyřiceti bodů, jež byla stanovena Doninim et al. (2005), nicméně existuje reálná možnost, že by se tato hranice ukázala pro českou populaci jako nevhodná. V tom případě by bylo nutné zamyslet se, zda by nebylo vhodnější využít hranici nižší.

Standardizovaný v České republice není ani druhý nástroj, tedy inventář OCI, jež je ovšem v odborných kruzích přijímán lépe a na rozdíl od dotazníku ORTO – 15 není opředen nejasnostmi týkajícími se jeho validity a reliability. Ovšem i tento dotazník musel být přeložen z anglického jazyka a na tomto místě je vhodné znovu zmínit, že se jedná pouze o subjektivní překlad autorky práce, který mohl vést ke zkreslení výsledků, protože při překladu mohlo dojít k nepřesnému pochopení položky autorkou či akcentaci některé z jejích částí.

Dalším limitem této práce je její úzká zaměřenost. Populace vysokoškolských studentů je specifická sama o sobě. V tomto výzkumu se však jedná ještě o užší skupinu studentů s diagnózou OCD, a proto by bylo velmi složité či přímo nemožné výsledky zobecnit. Tato

absence reprezentativních vzorků při výzkumu ortorexie nervosy je běžná, jelikož se v současné době klade větší důraz na výzkum skupin rizikových (Varga et al., 2013). Do budoucna by tedy bylo vhodné zkoumat i obecnou populaci.

Zpracování dat by proběhlo za použití korelační analýzy, jejíž výsledky by ukázaly, zda existuje a jak silný je vztah mezi ortorexií nervosou a obsedantně – kompulzivní poruchou. Provedením samotné korelační studie však nezjistíme, zda na tento vztah nepůsobí další proměnné a nemáme informace ani o jeho směru. Přesto považujeme výzkum zabývající se pouhou existencí vztahu mezi ON a OCD za přínosný, poněvadž stále jasně prokázáno, zda vztah mezi těmito poruchami existuje.

Limitujícím prvkem může být též internetový sběr dat. Splnění kritérií by bylo podle našeho názoru ověřeno dostatečně, nicméně s online výzkumem jsou spojeny další problémy. Zásadním problémem by mohlo být špatné porozumění položkám, které by mohlo následně zkreslit odpovědi participanta. S dotazníkovými metodami se tradičně pojí také tendence respondentů ke lhaní. Tuto tendenci mělo v průvodním dopise zmírnit zdůraznění toho, že neexistují správné a špatné odpovědi.

Participanty může ovlivnit i odborník, který je o možnosti účastnit se výzkumu informuje. Každý z těchto odborníků má jiné osobnostní charakteristiky a na své klienty působí odlišně. Ve způsobu, jakým sdělí informace svým klientům, se pak může projevit i jeho postoj k výzkumnému projektu. Jinými slovy osobnost terapeuta a vztah klienta k němu mohl též ovlivnit přístup probanda k výzkumu.

Ostatně právě klient je další důležitou proměnnou. Předpokládáme totiž, že k účasti na výzkumu se rozhodli spíše klienti s vyšší motivací. U vzorku by mohlo být limitující též to, že v úvahu nebyl brán aktuální průběh ani doba trvání onemocnění.

Přesahem do praxe může být prosté zvýšení povědomí o existenci ortorexie nervosy. Na poli vědy mohou výsledky práce posloužit k posílení důkazů jednoho z táborů hlásajících příslušnost ortorexie k určité skupině poruch. Pokud by se prokázal vztah ON a OCD, bylo by jistě vhodné pokračovat ve výzkumu a zjistit, zda společný výskyt symptomů zmíněných poruch existuje i u jiné populace. Pracovat by se však dalo i se stávajícím vzorkem, s jehož členy by mohly být provedeny individuální rozhovory, jejichž cílem by bylo zjistit, zda jsou obsedantně – kompulzivní symptomy ortorexie nervosy pro probandy obtěžující či nikoliv. U samotného OCD bývají totiž příznaky vnímány jako egodystonní, zatímco u ON se

předpokládá spíše egosyntonní charakter projevů poruchy (Gleaves et al., 2013), ale i tento předpoklad je nutné dále výzkumně ověřovat.

Závěr

V literárně přehledové části bakalářské práce jsme si definovali ortorexii nervosu, v překladu posedlost zdravým stravováním, a porovnali jsme tento patologický stav s dnes velmi moderním zdravým životním stylem, jehož neodmyslitelnou součástí je i zdravé stravování. Jedním z cílů bakalářské práce bylo kromě uceleného představení fenoménu ortorexie taktéž popsání v dnešní době populárních diet, které v mnoha případech stojí na poměrně propracované filosofii a které jsou velice často základním kamenem vzniku ortorexie. Je ovšem třeba uvědomit si, že vyznávání určitého stylu stravování a akceptace jeho pravidel ještě nemusí znamenat ortorexii. Toto tvrzení bylo v textu opakovaně zdůrazňováno, aby nálepku ortorektika nedostali lidé, kteří se sice zdravě stravují, nicméně jiné symptomy ortorexie nevykazují. Proto jsou součástí práce i podkapitoly zabývající se skupinami ohroženými rozvojem ortorexie a kritérii, které musí jedinec splňovat, aby u něj byla ortorexie diagnostikována.

Zmíněná diagnostická kritéria však nejsou jednotná ani oficiální, jelikož ortorexie nervosa není do dnešního dne oficiálně uznanou diagnózou, což ovšem velmi komplikuje výzkum tohoto fenoménu. Jedním z důvodů pro neukotvenost ortorexie v žádném z diagnostických manuálů je fakt, že badatelé zkoumající tento fenomén zvažují, zda se jedná o novou poruchu příjmu potravy, podtyp mentální anorexie či podtyp OCD. Navíc se u ortorexie mluví taktéž o projevech závislostního chování. Právě kvůli přetrvávajícím rozporům badatelů je značná a dle názoru autorky stěžejní část literárně přehledové části práce věnována srovnání ortorexie s uvedenými poruchami a zdůraznění jejich shodných i rozdílných projevů. Postup hledání shod a rozdílů mezi poruchami byl užit i v kapitole, jejímž záměrem bylo čtenářům představit metody užívané pro léčbu ortorexie.

Návrh výzkumu byl koncipován jako korelační studie měřící přítomnost symptomů ortorexie u vysokoškolských studentů majících obsedantně – kompulzivní poruchu. Navržený design považujeme za přínosný, protože by se zaměřoval exkluzivně na vztah OCD a ortorexie, což v dosavadních publikovaných pracích bylo většinou navrženo jen jako krok do budoucna. Výsledky výzkumu by tedy přispěly k poznatkům týkajícím se existence souvislosti OCD a ortorexie, která je některými autory zpochybňována. Uvědomujeme si ale, že náš výzkumný projekt je navržen jako explorační studie, na kterou by musely navázat další studie, jejichž cílem by bylo potvrdit a prohloubit naše zjištění o vztahu ortorexie a obsedantně – kompulzivní poruchy.

Hlavním přínosem práce je rozšíření znalostí o ortorexii mezi česky mluvící občany. A to nejen mezi běžnou populací, ale i mezi odborníky, jelikož ani mnoho z nich o problematice ortorexie příliš neví, což je způsobeno nedostatkem kvalitní literatury na toto téma, nemluvě o literatuře psané v našem mateřském jazyce. Důležitým krokem v tuzemsku je také vytvoření standardizovaného nástroje pro měření ortorexie, k čemuž může být nápomocný přehled dnes nejvíce užívaných nástrojů a jejich vlastností.

Seznam použité literatury

- Arusoğlu G., Kabakçı E., Köksal G., & Kutluay Merdol T. (2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19 (3), 283–291.
- American Psychological Association. (2010). *The Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnes M. A., & Caltabiano M. L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders*, 22 (1), 177–184.
- Barnett J. M., Dripps W. R., & Blomquist K. (2016). Organivore or organorexic? Examining the relationship between alternative food network engagement, disordered eating, and special diets. *Appetite* 105, 713–720.
- Barthels F. (2014). *Orthorektisches Ernährungsverhalten Psychologische Untersuchungen zu einem neuen Störungsbild.* (Doktorská disertace). Dostupné z: https://pubpsych.zpid.de/pubpsych/Search.action?stats=RSV&lang=EN&isFullView=true&q=ID%3ADFK_0281715
- Barthels F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2015). Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62 (10), 156–161.
- Barthels F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23 (2), 159–166.
- Bento C., Pereira A. T., Maia B., Marques M., Soares M. J., Bos S., . . . Macedo A. (2010). Perfectionism and Eating Behaviour in Portuguese Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18 (4), 328–327.
- Bratman S. (2017, 8. května). *The Authorized Bratman Orthorexia Self – Test* [online]. [cit. 2018-01-21]. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/the-authorized-bratman-orthorexia-self-test/>
- Bratman S., & Knight D. (2000). *Health Food Junkies*. New York: Broadway Books.

- Brytek – Matera A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14 (1), 55–60.
- Brytek – Matera A., Donini L. M., Krupa M., Poggiogalle E., & Hay P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3 (2), 1–8.
- Brytek – Matera A., Fonte M. L., Poggiogalle E., Donini L. M., & Cena H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders*, 17 (4), 226–233.
- Bundros J., Clifford D., Silliman K., & Neyman Morris M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman’s test and associated tendencies. *Appetite* 101, 86–94.
- Dittfeld A., Gwizdek K., Koszowska A., Nowak J., Brończyk-Puzoń A., Jagielski P., . . . Ziora K. (2016). Assessing the Risk of Orthorexia in Dietetic and Physiotherapy Students Using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Journal of Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 24 (1), 6-14.
- Donini L. M., Marsili D., Graziani M. P., Imbriale M. & Cannella C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9 (2), 151–157.
- Donini L. M., Marsili D., Graziani M. P., Imbriale M., & Cannella C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10 (2), 28-32.
- Dunn T. M., & Bratman S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
- Eating well vs. Eating right. Knowing the signs of orthorexia. An interview with Bonnie Brennan, MA, LPC, CEDS and Anne O’Melia, MS, MD. (2016). *Natural Solutions*, 180, 42–45.
- Fidan T., Ertekin V., Işıkay S., & Kirpınar I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51 (1), 49-54.

Foa E. B., Kozak M. J., Salkovskis P. M., Coles M. E., & Amir N. (1998). The Validation of a New Obsessive-Compulsive Disorder Scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10 (3), 206–214.

Foundations Recovery Network. (n.d.-a). *Eating Disorders* [online]. [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: <https://www.dualdiagnosis.org/eating-disorders/>

Foundations Recovery Network. (n.d.-b). *OCD* [online]. [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: <https://www.dualdiagnosis.org/ocd-addiction/>

Fraňková S., Malichová E., & Pařízková J. (2014). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta*. Praha: Karolinum.

Gleaves D. H., Graham E. C., & Ambwani S. (2013). Measuring “Orthorexia.” Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12 (2), 1-18.

Gramaglia C., Brytek – Matera A., Rogoza R., & Zeppegno P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry* 17 (75), 1-5.

Jennybeep (2011, 20. února) Re: Zone Diet [online diskuse]. [cit. 2018-01-21]. Dostupné z: <https://www.fitday.com/fitness/forums/weight-loss-tips/3409-zone-diet.html>

Jiménez – Murcia S., Fernández – Aranda F., Raich R. M., Alonso P., Krug I., Jaurieta N., ... Vallejo J. (2007). Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61 (4), 385–391.

Kesby A., Maguire S., Brownlow R., & Grisham J. R. (2017). Intolerance of Uncertainty in eating disorders: An update on the field. *Clinical Psychology Review*, 56, 94–105.

Korinth A., Schiess S., & Westenhoefer J. (2009). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13 (1), 32–37.

Koven N. S., & Abry A.W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11, 385–394.

Koven N. S., & Senbonmatsu R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3 (2), 214–222.

- Krch F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing.
- Kubíková M. (2013). *Problematika Ortorexie u studentů na gymnáziích* (Bakalářská práce, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130096782>
- LizR (2010, 24. září). Re: Blood Type Diet Review: Does it Work? [online diskuse]. [cit. 2018-01-21]. Dostupné z: https://www.dietsinreview.com/diets/Blood_Type_diet/
- Malmborg J., Bremander A., Olsson M. Ch., & Bergman S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137–143.
- Mancebo M. C., Grant J. E., Pinto A., Eisen J. L., & Rasmussen S. A. (2009). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (4), 429–435.
- Missbach B., Hinterbuchinger B., Dreiseitl V., Zellhofer S., Kurz C., & König J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS ONE*, 10 (8), 1–15.
- Moroze R. M., Dunn T. M., Holland C. J., Yager J., & Weintraub P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56 (4), 397–403.
- Nikodymová T. (2017). *Tendence k ortorexii u matek předškolních dětí* (Bakalářská práce, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130204145>
- Oberle C. D., Samaghabadi R. O., & Hughes E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303–310.
- Oberle C. D., Watkins R. S., & Burkot A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23 (1), 67-74.

Ortorexie – když touha po zdraví převálcuje rozum (2015, 16. ledna). *Vimcojim.cz* [online]. [cit. 2018-01-21]. Dostupné z: http://www.vimcojim.cz/magazin/clanky/o-zdravi/Ortorexie---kdyz-touha-po-zdravi-prevalcuje-rozum__s10012x8802.html

Parra – Fernandez M. L., Rodríguez-Cano T., Onieva- Zafra M. D., Perez- Haro M. J., Casero-Alonso V., Muñoz Camargo J. C., & Notario-Pacheco B. (2018). Adaptation and validation of the Spanish version of the ORTO-15 questionnaire for the diagnosis of orthorexia nervosa. *PLoS ONE*, 13 (1), 1–14.

Petitbebe (2012, 31. července). Re: Vitariánství – syrová strava [online diskuse]. [cit. 2018-01-21]. Dostupné z: <https://www.emimino.cz/diskuse/vitarianstvi-70445/>

Poyraz C. A., Tüfekçioğlu E. Y., Özdemir A., Baş A., Kani A. S., Erginöz E., & Duran A. (2015). Relationship between Orthorexia and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Generalised Anxiety Disorder, Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Yeni Symposium*, 53 (4), 22–26.

Rangel C., Dukeshire S., & MacDonald L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58, 124–132.

Roncero M., Perpiñá C., & García – Soriano G. (2011). Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39 (4), 457–470.

Sallet P. C., Gomes de Alvarenga P., Ferrão Y., De Mathis M. A., Torres A. R., Marques A., ... Fleitlich – Bilyk B. (2010). Eating Disorders in Patients with Obsessive – Compulsive Disorder: Prevalence and Clinical Correlates. *International Journal of Eating Disorders* 43 (4), 315–325.

Sanlier N., Yassibas E., Bilici S., Sahin G., & Celik B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of Food and Nutrition*, 55 (3), 266–278.

Segura – García C., Papalanni M. C., Caglioti F., Procopio L., Nisticò C. G., Bombardiére L., ... Capranica L. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders*, 17 (4), 226–233.

Segura-García, C., Ramacciotti C., Rania M., Aloï M., Caroleo M., Bruni A., . . . De Fazio P. (2014). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders*, 20 (2), 161-166.

Simpson C. C., & Mazzeo S. E. (2017). Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM – 5 eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50 (7), 781–792.

Varga M., Dukay-Szabó S., Túry F., & van Furth E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders* 18 (2), 103–111.

Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 14 (59), 1–11.

Seznam příloh

Příloha č. 1: ORTO - 15, přeložená verze

- 1) Věnujete pozornost kalorickým hodnotám jídla, které jíte?
- 2) Cítíte se zmateně, když nakupujete v obchodě jídlo?
- 3) Dělali jste si v posledních třech měsících starosti ohledně stravování?
- 4) Jsou vaše stravovací volby ovlivněny starostmi o zdraví?
- 5) Je pro vás chuť jídla důležitější než jeho kvalita?
- 6) Jste ochoten/ ochotna utratit více peněz za zdravější jídlo?
- 7) Zabýváte se myšlenkami na jídlo více než 3 hodiny denně?
- 8) Povolujete si jídelní prohřešky?
- 9) Myslíte si, že vaše nálada ovlivňuje vaše jídelní chování?
- 10) Myslíte si, že vaše přesvědčení jíst pouze zdravé jídlo zvyšuje vaši sebeúctu?
- 11) Myslíte si, že zdravé stravování mění váš životní styl (frekvenci stravování mimo domov, stravování s přáteli...)?
- 12) Myslíte si, že konzumace zdravého jídla může zlepšit váš vzhled?
- 13) Cítíte se provinile, když porušíte pravidla zdravého stravování?
- 14) Myslíte si, že jsou na trhu dostupná i nezdravá jídla?
- 15) Stravujete se v současnosti o samotě?

Příloha č. 2: Obsessive – Compulsive Inventory, přeložená verze

Přečtete si prosím všechna tvrzení a u každého vyberte číslo 0, 1, 2, 3 nebo 4, které nejlépe vystihuje, jak moc Vás během uplynulého měsíce uvedený zážitek obtěžoval, či jak velký Vám působil stres. Neexistují správné a špatné odpovědi. U žádného z tvrzení se nezastavujte příliš dlouho. Účelem tohoto posouzení není stanovení diagnózy. Jestliže Vás dosažené výsledky znepokojují, kontaktujte prosím odborníka.

0 = vůbec 1 = trochu 2 = průměrně 3 = hodně 4 = extrémně

- 1) Přepadají mě nepříjemné myšlenky, kterých se nemohu zbavit.
- 2) Myslím si, že kontakt s tělními tekutinami (pot, sliny, krev, moč a další) může kontaminovat mé oblečení nebo mi nějak uškodit.
- 3) Žádám lidi, aby mi několikrát zopakovali informace, přestože jsem je pochopil/a napoprvé.
- 4) Obsesivně umývám a čistím věci.
- 5) V hlavě si opakovaně musím přehrávat minulé události, konverzace a činnosti, abych se ujistil/a, že jsem neudělal/a něco špatného.
- 6) Nashromáždil/a jsem tolik věcí, že mi nyní překáží.
- 7) Kontroluji věci častěji, než by bylo nutné.
- 8) Vyhýbám se použití veřejných WC, protože se bojím nemocí a kontaminace.
- 9) Opakovaně kontroluji dveře, okna, šuplíky atd.
- 10) Opakovaně kontroluji plyn, vodovodní kohoutky, vypínače i po jejich vypnutí.
- 11) Sbíráám věci, které nepotřebuji.
- 12) Přemýšlím, zda jsem někoho nezranil/a, aniž bych to věděl/a.
- 13) Přemítám o tom, že bych mohl/a zranit sebe nebo ostatní.
- 14) Rozzlobí mě, když nejsou věci správně srovnány.
- 15) Cítím povinnost oblékat se, svlékat se a mýt se v určitém pořadí.
- 16) Cítím nutkání počítat, když vykonávám činnosti.
- 17) Bojím se, že impulzivně provedu něco zahanbujícího či zraňujícího.
- 18) Musím prosit za zrušení mých špatných myšlenek či pocitů.
- 19) Opakovaně kontroluji formuláře nebo jiné věci, které jsem napsal/a.
- 20) Jsem rozrušená/ý při pohledu na nože, nůžky nebo jiné ostré objekty, pokud nad nimi ztratím kontrolu.
- 21) Mám nutkavou potřebu zabývat se čistotou.
- 22) Je pro mě těžké dotýkat se objektu, když vím, že se ho dotýkali jistí lidé nebo cizinci.

- 23) Potřebuji, aby byly věci uspořádány v určitém pořadí.
- 24) Zpožďuji se se svou prací, protože úkony opakuji stále dokola.
- 25) Cítím se nucen/a opakovat určitá čísla.
- 26) Mám pocit, že jsem nedokončil/a určitou činnost i poté, co jsem ji velmi pečlivě udělal/a.
- 27) Je pro mě těžké dotýkat se odpadků nebo špinavých věcí.
- 28) Je pro mě těžké kontrolovat své myšlenky.
- 29) Musím dělat věci stále dokola, dokud nemám pocit, že jsem je udělal/a dobře.
- 30) Rozrušují mě nepříjemné myšlenky, které mě napadají proti mé vůli.
- 31) Než jdu spát, musím udělat určité věci daným způsobem.
- 32) Vracím se na místa, abych se ujistil/a, že jsem nikomu neublížil/a.
- 33) Často mám ošklivé myšlenky a je pro mě obtížné se jich zbavit.
- 34) Vyhýbám se vyhazování věcí, protože se bojím, že je budu později potřebovat.
- 35) Rozrušuje mě, když ostatní lidé mění způsob, kterým jsem uspořádal/a své věci.
- 36) Mám pocit, že musím v mysli opakovat určitá slova či fráze, abych se zbavila nepříjemných myšlenek, pocitů nebo jednání.
- 37) Po dokončení činnosti mám přetrvávající pochybnosti o tom, zda jsem je opravdu udělal/a.
- 38) Občas se musím umýt nebo očistit jen proto, že se cítím kontaminovaná/ý.
- 39) Mám pocit, že existují dobrá a špatná čísla.
- 40) Opakovaně kontroluji všechno, co by mohlo způsobit požár.
- 41) I když něco udělám velmi pečlivě, mám pocit, že to není úplně v pořádku.
- 42) Ruce si myji častěji či delší dobu, než je nutné.

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Souhlasím s účastí na výzkumu zkoumajícím vztah ortorexie nervosy a obsedantně – kompulzivní poruchy. Byl/a jsem informována o účelu výzkumu včetně toho, že je prováděn v rámci bakalářské práce řešitelkou Annou Dražilovou.

Jsem si vědom/a toho, že veškeré informace budou zpracovány anonymně a budou sloužit pouze k účelům bakalářské práce.

Byl/a jsem informován/a o tom, že má účast na studii je dobrovolná a mohu z ní kdykoliv odstoupit.

Jméno a příjmení:

V dne

Podpis:

Příloha č. 4: Průvodní prohlášení

Průvodní prohlášení

Dobrý den,

touto cestou se na Vás obracím s prosbou o vyplnění 2 dotazníků. Získané odpovědi budou užity jako data v bakalářské práci s názvem „Ortorexie nervosa“. Praktickou částí této práce je výzkum, v němž se zaměřuji na zkoumání vztahu ortorexie nervosa a obsedantně – kompulzivní poruchy u vysokoškolských studentů, a právě pro tuto část práce budou použity informace z Vámi vyplněných dotazníků.

Účast na výzkumu je zcela dobrovolná a Vámi vyplněné dotazníky budou užity pouze pro účely bakalářské práce. Veškerá data budou při zpracování anonymizována a nebude tedy možné zjistit Vaši identitu. V práci nebudete uveden ani Váš kód, jenž jste obdrželi při podpisu informovaného souhlasu od Vašeho terapeuta. Tento kód sloužil pouze ke kontrole splnění podmínek pro účast ve výzkumu.

Jestliže budete mít jakékoliv dotazy, můžete mě kontaktovat na emailové adrese drazilovaanna@atlas.cz či na telefonním čísle 723 334 978.

Velice Vám děkuji za ochotu se výzkumu zúčastnit.

S pozdravem

Anna Dražilová

Katedra psychologie, FF UK